

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Juin 1904, à 4 heures

PAR

André BOUET

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MARCHE

DU

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

CONSIDÉRÉ DANS LA

SUCCESION DES ATTAQUES

PRÉSIDENT : **M. HUTINEL**, Professeur.

JUGES	{	MM. CHANTEMESSE , Professeur.	}	Agrégés.
		MÉRY ,		
		RENON ,		

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentée.....	DEJERINE.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements.....	GUYON.
Clinique gynécologique.....	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....	BUDIN.
	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.)..	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André.)	GOUGET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MES MAÎTRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

Les observations que nous publions dans cette thèse ont le mérite d'être précises, car notre Maître, et les médecins de l'hôpital Tenon, qui nous ont ouvert si obligeamment les portes de leur service, ont bien voulu nous donner leur avis sur les points délicats que pourraient présenter nos malades, l'auscultation du cœur en particulier.

Ce sont ces observations prises au jour le jour au lit du malade, jointes à celles que nous avons pu trouver dans les différents auteurs, que nous allons soumettre à l'appréciation de nos juges.

Ces faits, nous le savons, sont en trop petit nombre pour qu'on puisse en tirer des conclusions d'une certitude absolue, mais nous avons à notre disposition un champ d'observation beaucoup trop restreint pour nous permettre de nous livrer à de plus amples recherches.

Notre but est des plus modestes ; nous voulons seulement attirer l'attention sur une question qui nous semble digne d'intérêt. Nous nous estimerons trop heureux si cette tâche est remplie et nous laisserons à d'autres, plus favorisés et disposant de moyens d'investigation plus vastes que les nôtres, le soin de compléter ce travail.

HISTORIQUE

Avant d'étudier l'évolution du rhumatisme articulaire aigu, *envisagé dans ses attaques successives* chez le même malade, il est intéressant de rechercher ce que les auteurs ont pu dire de cette évolution.

CHOMEL, en 1813, dans sa thèse inaugurale, crut pouvoir assigner à chacune des crises des limites bien nettes qui variaient suivant qu'on avait affaire à une première, deuxième ou troisième attaque. « La durée du rhumatisme articulaire aigu, dit cet auteur, fut chez les sujets atteints pour la première fois de vingt jours, chez les sujets atteints pour la deuxième fois de vingt-sept jours et chez les sujets atteints pour la troisième fois de quatorze jours. » Quelques années plus tard, en 1837, dans ses leçons de clinique médicale (tome II, page 497), il reprenait cette théorie et ajoutait : « Quelques auteurs ont remarqué que les attaques subséquentes n'étaient pas aussi intenses que la première ; il m'a paru qu'il n'y avait rien de constant à ce sujet. »

Quant à l'intensité des différentes attaques qu'il a

observées chez le même sujet, à la gravité de leurs symptômes locaux ou généraux, à la fréquence plus ou moins grande de leurs déterminations articulaires ou viscérales, il n'y fait jamais allusion.

En 1840, BOUILLAUD fait paraître un livre intitulé : *Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie*. Dans cet ouvrage, Bouillaud s'attache à démontrer la vérité de sa loi, il combat avec véhémence les théories de Chomel, relève ses attaques et donne un traitement du rhumatisme articulaire aigu, traitement qui, d'après lui, est infaillible. Mais il passe sous silence l'évolution du rhumatisme articulaire aigu considéré dans la succession des attaques. Il ne dit même pas si les lésions cardiaques sont plus ou moins fréquentes suivant que le sujet en est à sa première, à sa deuxième ou à sa troisième attaque.

MONNERET, dans son traité de pathologie interne (1865), ne parle pas davantage de cette évolution ; il a remarqué seulement qu'un malade pouvait devenir un rhumatisant chronique après avoir eu déjà de nombreuses crises de rhumatisme articulaire aigu franc. « Si les accès, dit cet auteur, se répètent, se multiplient, le rhumatisme s'établit à poste fixe, n'offrant au malheureux malade que des rémissions éphémères. Il passe ensuite à l'état chronique et prend alors tous les caractères du rhumatisme nouveau. »

C'est avec la plus grande attention que nous avons lu le long article que BESNIER fit paraître dans le

Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales en 1876. Dans cet article qui traite du rhumatisme articulaire aigu, nous avons trouvé cette phrase :

« Cette étude des récidives est de la plus haute importance au point de vue du pronostic et du traitement, comme nous le verrons plus loin ». Aussi nous attendions-nous à trouver l'opinion de ce maître éminent sur ce qui fait l'objet de notre travail. Malheureusement, nos recherches furent vaines, et à part quelques considérations sur la fréquence des récidives, nous n'avons rien trouvé.

Nous n'avons retenu de cette étude, pourtant si complète, du rhumatisme articulaire aigu que ces quelques mots se rapportant à notre sujet : « Tel rhumatisant dont les arthropathies avortent aujourd'hui a eu antérieurement un rhumatisme suraigu ou prolongé ou inversement. »

M. JACCOUD, en 1882 écrivait, dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* un long article sur le rhumatisme articulaire aigu ; nous n'avons rien trouvé qui pût nous éclairer dans notre étude.

Dans les traités classiques récents, nous trouvons aussi peu de chose ; M. WIDAL dans le *Traité de Médecine* (Brouardel-Gilbert, p. 484, tome II, édition de 1896) reproduit l'opinion de Besnier : « souvent une attaque subaiguë, atténuée succède à une attaque violente ou inversement. »

C'est tout à fait la même idée qu'avait exprimée

M. CÉTINGER dans le chapitre rhumatisme articulaire aigu du *Traité de Médecine* de Charcot-Bouchard, Brissaud, (tome II, page 807, édition 1899). Après avoir rappelé que Pidoux considère les lésions cardiaques comme aussi essentielles à la maladie que les arthrites elle-mêmes, cet auteur ajoute : « une nouvelle poussée de rhumatisme articulaire aigu, soit bénigne, soit grave, peut succéder à d'autres attaques, la première attaque ne permettant nullement de présumer ce que sera la seconde ou la troisième attaque. »

Dans le *Manuel de Médecine* de DEBOVE-ACHARD (page 670, édition 1897) nous ne trouvons que quelques considérations touchant la fréquence des récidives. D'après ces auteurs, cette fréquence des récidives prouve que l'immunité conférée par une première atteinte n'est que de courte durée, ou qu'elle n'existe pas ; peut-être même y a-t-il une prédisposition du fait de la première attaque.

Les auteurs que nous citons ne sont pas les seuls que nous ayons consultés ; nous avons, en outre, fait des recherches dans un certain nombre de monographies sur le rhumatisme articulaire aigu, nous n'y avons rien trouvé qui se rapportât à notre sujet.

Les thèses de GATAY, de MOREAU, de LEBRETON, de NORMAND, de SCHMITT, de CHÉRON, de SAINT-GERMAIN nous ont cependant fourni quelques documents au sujet des complications du rhumatisme articulaire (phlébites, pleurésies, congestions pulmo-

naires, albuminurie, etc., etc.,) mais elles ont été loin de répondre à nos espérances.

*
* *

A l'inverse de ce qu'ont fait les auteurs qui ont surtout insisté sur l'évolution des attaques successives du rhumatisme chronique afin de démontrer que plus elles étaient répétées, plus les lésions devenaient profondes, nous étudierons au même point de vue les formes aiguës du rhumatisme. Et le sujet est quelque peu différent du précédent par la raison que la polyarthrite rhumatismale aiguë (rhumatisme articulaire aigu franc) se distingue très nettement de la forme chronique.

Nous avons recherché, en nous basant sur les vingt cas qu'il nous a été permis d'observer, comment se conduisaient les récidives chez le même individu. Chaque observation relatée, pour chacune des attaques de rhumatisme articulaire aigu, l'intensité de la fièvre, l'intensité des douleurs, la gravité de l'état général, le nombre et l'importance des manifestations viscérales, sans oublier la durée de chaque crise, en insistant surtout sur la durée du séjour au lit.

Nous avons pris alors une observation quelconque, nous avons recherché quelle avait été l'intensité de la fièvre dans chacune des attaques et nous avons noté le résultat.

Le même travail a été fait ensuite pour toutes les autres observations. Il ne nous restait plus qu'à

prendre les divers résultats partiels et à les comparer. Nous avons constaté, en conformité avec l'opinion que nous défendons, que de cette comparaison, se dégageait une règle absolue quant à nos cas, à savoir que l'intensité de la fièvre diminuait à chaque récurrence.

Ce que nous avons fait pour la fièvre, nous l'avons fait pour la durée du séjour au lit, le nombre des déterminations articulaires et pour tous les autres points cités plus haut qui ont particulièrement retenu notre attention lorsque nous avons pris nos observations. Voici quels ont été les résultats de nos recherches.

DURÉE DES ATTAQUES

Tout d'abord, ce qui nous a frappé, c'est que, chez chacun de nos malades, les récides diminuaient de durée à mesure qu'elles se répétaient. Tel homme dont la première attaque avait duré deux mois, ne restait plus que vingt jours au lit à la deuxième crise, et se levait à la troisième, huit jours à peine après le début des douleurs. Sur vingt observations, nous constatons dix-neuf fois que chaque récide avait été moins longue que celle qui l'avait immédiatement précédée. Il y avait bien là de quoi nous étonner, nous nous rappelions bien que CHOMEL s'était élevé contre les anciens auteurs qui avaient prétendu « que les attaques subséquentes n'étaient pas aussi intenses que la première (1) », mais si ces quelques auteurs anciens dont nous n'avons pu retrouver le nom avaient déjà fait cette remarque au sujet de la durée des attaques (car intensité implique durée), n'avions-nous pas contre nous CHOMEL, BESNIER et tous les classiques dont l'opinion peut se

(1) Chomel. — Leçons de clinique médicale recueillies par Requin, 1837. Tome II, p. 449.

résumer dans cette phrase de l'un deux : « Tel rhumatisant dont les arthropathies avortent aujourd'hui a eu antérieurement un rhumatisme suraigu ou prolongé ou inversement ? » (1).

Aussi, malgré le soin scrupuleux avec lequel nous avons pris nos observations, nous avons peur qu'on put nous reprocher d'être tombé sur une série et nous avons recherché dans les classiques, dans les thèses sur le rhumatisme, des observations de rhumatisants ayant déjà eu plusieurs attaques, mais dans bien des cas malheureusement, on ne donnait aucune indication sur la durée des attaques précédentes.

Quoi qu'il en soit, nous avons pu trouver dans le *Traité clinique* de BOUILLAUD (1840) une douzaine d'observations, les seules d'ailleurs dans lesquelles la durée des attaques précédentes est notée; la thèse de L. DE SAINT-GERMAIN (2) nous en a fourni presque autant; MOREAU (3) en rapporte deux cas; dans la thèse de CHOMEL (4) et dans celle de GATAY (5) nous n'avons trouvé qu'une seule observation qui peut nous servir.

Nous avons recherché aussitôt si la loi qui semblait se dégager de nos observations allait se vérifier dans

(1) Article de Besnier sur le rhumatisme articulaire aigu. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Dechambre, 1878, p. 501.

(2) de Saint-Germain. — Etude clinique et expérimentale sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. *Thèse de Paris*, 1893.

(3) Moreau. — De la congestion pulmonaire dans le rhumatisme articulaire subaigu. *Thèse de Nancy*, 1876.

(4) Chomel. — Leçons de clinique médicale, 1837; tome II, page 225; observation XIV.

(5) Gatay. — Contribution à l'étude de la phlébite. *Thèse de Paris*, 1896.

DURÉE DES ATTAQUES CHEZ UN MEME MALADE

Observations	SEXE	NOMBRE des ATTQUES	AGE du MALADE à chaque attaque	DURÉE de l'attaque en H.	DURÉE totale en H.	Observations	SEXE	NOMBRE des ATTQUES	AGE du MALADE à chaque attaque	DURÉE de l'attaque en H.	DURÉE totale en H.
I	H	1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 18	12 13, 14, 15, 16, 17	30 moins 8	50 moins 18	XVIII	H	1° 2° 3°	20 27 32	45 8 7	25
II	H	1° 2° 42	37 13	30	58 30	XIX	H	1° 2° 3°	40 42 43	30 15 4	60 30 9
III	H	1° 2°	17 21	120 24	210	XX	H	1° 2° 3°	15 17	60 15 3	80 23
IV	H	1° 2° 3° 4°	17 21 46 48	60 150 4	90 210 30 120	THESE DE L. DE SAINT GERMAIN					
V	F	1° 2° 3°	15 21 22	90 30 20	—	III	F	1° 2°	14 18	16 13	— 18
VI	F	1° 2°	18 28	60 —	180	V	F	1° 2°	32 38	très grave 27	— —
VII	H	1° 2° 3° 4°	20 23 25 26	30 15 8 8	90 26 —	XIII	H	1° 2°	10 19	90 30	— —
VIII	H	1° 2° 3° 4° 5° 6°	17 19 20 21 24 39	120 90 45 51 51 8	240 180 105 51 51 60	XV	F	1° 2°	20 23	6 —	90 —
IX	H	1° 2° 3° 4° 5°	25 30 35 37 42	20 15 15 15 12	50 45 75 75 —	XVI	F	1° 2°	28 42	120 12	— —
X	F	1° 2°	14 23	32 9	47 14	XVIII	H	1° 2°	17 20	90 10	13 —
XI	H	1° 2°	20 39	160 25	250 37	XIX	H	1° 2° 3°	25 23 27	très grave moins grave	— — 13
XII	H	1° 2° 3° 4°	17 18 19 26	30 21 15 8	— — 43	XX	H	1° 2°	20 25	— —	90 25
XIII	F	1° 2°	29 38	10 9	— 12	XXI	H	1° 2°	18 23	37 14	27 —
XIV	H	1° 2°	18 23	11 13	42 20	XXIII	F	1° 2° 3° 4° 5°	11 12 14 16 17	90 — 21 60 28	— — — — —
XV	H	1° 2°	10 16	120 11	— —	XXV	H	1° 2° 3°	13 19 20	— — —	77 90 15
XVI	H	1° 2°	21 25	15 6	75	XXVII	F	1° 2°	24 28	plusieurs mois 18	— 34
XVII	H	1° 2°	25 28	21 6	35 10	XXXI	F	1° 2° 3°	48 54 58	plusieurs mois — 28 jours après l'entrée, mort.	— — —

Observations	SEXE	NOMBRE des ATTQUES	AGE du MALADE à chaque attaque	DURÉE de l'attaque en H.	DURÉE totale en H.
OBSERVATIONS DE BOULLAUD					
81	H	1° 2°	20 24	— 5	30 19
83	H	1° 2° 3° 4°	20 26 33 36	42 21 21 20	— — — —
86	H	1° 2°	27 32	— 9	32 11
88	H	1° 2° 3°	18 19 22	42 21 12	63 — 30
96	H	1° 2°	30 31	150 8	— 42
98	H	1° 2°	20 21	15 4	— 10
103	F	1° 2°	20 38	42 26	— 36
104	H	1° 2° 3° 4°	17 21 22 25	— — — —	56 42 15 7
106	H	1° 2° 3°	30 36 40	180 150 8	— — —
109	H	1° 2° 3° 4°	30 36 48 48	21 120 15 4	— — — 22
111	H	1° 3°	15 17	— 12	180 21
112	H	1° 2° 3°	18 20 25	180 180 10	545 — 20
OBSERVATION DE CHOMEL					
XIV	H	1° 2°	12 26	— —	34 16
THESE DE MOREAU					
VI	F	1° 2°	16 22	— —	21 22
VII	F	1° 2°	6 26	21 6	— —

celles que nous avons recueillies dans les auteurs que nous venons de citer. Nous avons trouvé qu'en effet cette loi se confirmait pleinement, le nombre des cas était suffisant (47) pour servir de base solide aux conclusions que nous avons entrevues.

Pour plus de clarté et de facilité dans la discussion, il ne nous restait plus qu'à dresser un tableau contenant le résumé de nos observations et celui de toutes celles que nous avons pu recueillir, c'est ce que nous nous sommes empressé de faire.

Jetons un coup d'œil sur ce tableau, prenons une observation quelconque, l'observation personnelle N° V par exemple. Nous voyons qu'il s'agit d'une malade de 22 ans atteinte pour la troisième fois de rhumatisme articulaire aigu; tandis qu'à la première attaque cette femme avait gardé le lit pendant 90 jours, à la deuxième crise elle peut se lever au bout de 30 jours; et à la troisième attaque le vingtième jour elle commence sa convalescence. Tel autre malade (Obs. personnelle XV) reste trois mois au lit sans pouvoir bouger lors de sa première attaque et se lève le quinzième jour lorsqu'il est atteint pour la deuxième fois. Nous serions obligé de faire les mêmes remarques pour presque toutes les observations qui figurent sur le tableau; nous nous contenterons de faire remarquer que 44 fois sur 48 nous notons une décroissance très nette et très régulière dans la durée des attaques successives survenant chez le même individu.

Maintenant examinons avec le plus grand soin les

quatre cas dans lesquels cette décroissance n'a pas été constatée.

Dans l'observation XXIII de la thèse de L. DE SAINT-GERMAIN, il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu survenant chez une blennorrhagique, c'est du moins ce que nous dit cet auteur. Or, voilà une femme qui était restée 90 jours au lit la première fois, 21 jours seulement la troisième fois et qui, au cours d'une quatrième attaque, resta sans pouvoir bouger 60 jours et l'année suivante à la 5^e récurrence reste encore couchée pendant 28 jours.

Pourquoi cette recrudescence subite chez cette malade qui avait déjà pu constater à chaque nouvelle attaque une diminution sensible dans la durée de la crise ? Ne faut-il pas tenir compte de l'influence qu'aurait exercée la blennorrhagie sur le rhumatisme ? J'irai même plus loin ; je crois qu'on serait en droit de remplacer l'étiquette de rhumatisme articulaire aigu chez une blennorrhagique par celle plus exacte peut-être de rhumatisme blennorrhagique.

Si l'on veut être juste, on ne doit pas faire figurer cette observation dans notre statistique.

L'observation personnelle n° IV, l'observation XXV de la thèse de L. DE SAINT-GERMAIN et l'observation CLX du traité clinique de BOUILLAUD (1) font, en effet, exception à la règle en ce sens que la première attaque n'est pas la plus longue ; mais s'il est vrai que dans ces trois cas la deuxième attaque

(1) *Loc. citée.*

a duré plus que la première, ne voyons-nous pas que toutes les récidives qui ont suivi cette deuxième crise ont diminué de durée par rapport à elle ?

Avant de conclure, qu'il nous soit permis d'expliquer pourquoi nous nous sommes surtout préoccupé de noter, toutes les fois que cela nous a été possible, la durée du séjour au lit, de préférence à la durée totale de l'attaque. Nous allons prendre comme exemple l'observation personnelle qui porte le n° VIII. Il s'agit d'un malade qui en est à sa sixième attaque.

Si nous prenons notre tableau et que nous considérons la durée totale de chaque atteinte, nous voyons :

1 ^{re} attaque,	240	jours
2 ^{me} —	180	—
3 ^{me} —	105	—
4 ^{me} —	50	—
5 ^{me} —	50	—
6 ^{me} —	66	—

Tandis que si nous considérons dans le tableau la durée du séjour au lit, nous trouvons pour le même malade :

1 ^{re} attaque,	120	jours
2 ^{me} —	90	—
3 ^{me} —	45	—
4 ^{me} —	21	—
5 ^{me} —	21	—
6 ^{me} —	8	—

Mais alors quelle colonne faut-il regarder pour

être dans la vérité, et qu'est-ce qui vous fera choisir l'une plutôt que l'autre ?

Rapportons-nous à l'observation elle-même, les détails que nous y trouverons feront voir clairement de quel côté est la vérité.

Ce malade est immobilisé au lit pendant 21 jours lors de sa quatrième et de sa cinquième attaques, il y reste à peine huit jours à sa sixième récurrence ; pourquoi sa convalescence dure-t-elle jusqu'au 66^{me} jour à partir du début de la maladie dans cette dernière récurrence, alors que le 50^{me} jour, les deux premières fois, il peut reprendre son travail ? C'est que ce rhumatisme aigu devient un rhumatisme chronique, ce malade est en tout comparable à celui dont M. JACCOUD raconte l'histoire *dans sa 23^{me} clinique de la Charité en 1867* et à cette femme qui fait l'objet de notre sixième observation.

C'est un malade qui, après avoir eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, voit les symptômes généraux et locaux qui accompagnent cette sixième récurrence cesser le huitième jour et la douleur se porter, à plusieurs reprises, exclusivement sur les petites articulations qu'elles déforment. Les douleurs sont peu considérables, elles permettent au malade de se servir de ses membres, elles ont une durée éphémère, 48 heures après leur apparition elles disparaissent ; elles se montrent sous le moindre motif et sans être accompagnées de fièvre, elles s'en vont également avec la même facilité. De telle sorte que chez notre malade, pendant les 56 jours

qui suivent la période aiguë, il a eu deux ou trois fois au maximum les petites jointures prises et si ce n'avait été son asystolie, pour laquelle d'ailleurs il était entré à l'hôpital, jamais pendant cette époque, il n'aurait gardé le lit.

Si l'on s'en tenait donc à la durée totale des attaques, on pourrait croire que cette récurrence a été beaucoup plus intense que les précédentes ; c'est pour éviter de pareilles erreurs que nous avons tenu à fixer aussi pour chaque attaque la durée du séjour au lit, durée qui représente, en général, la période aiguë de l'attaque du rhumatisme.

Nous serons ainsi, je crois, beaucoup plus près de la vérité.

Cette remarque étant faite, nous pouvons poser les conclusions qui se dégagent de ces 48 observations.

Presque toujours les attaques de rhumatisme articulaire aigu diminuent de durée à mesure qu'elles se répètent chez le même individu, et si quelquefois la deuxième attaque est plus longue que la première, ce qui est très rare, les autres récidives qui la suivent diminuent de durée par rapport à elle.

Pour nous, nous considérons ici non la durée totale d'une attaque, mais la durée de la *période aiguë, franche, d'une attaque* et c'est en ce sens que nous pouvons dire que, dans presque tous les cas, il y a une diminution dans la phase principale de l'attaque.

En second lieu, si nous prenons la durée de l'attaque complète, la loi que nous posons est encore vraie dans la majorité des cas.

INTENSITÉ DE LA FIÈVRE

S'il nous a été relativement facile de faire l'étude de la durée des récidives chez le même malade, il faut reconnaître qu'il n'en a pas été ainsi au sujet de la fièvre. Nous n'avons pas même eu la consolation de pouvoir contrôler, comme dans le chapitre précédent, ce qui nous a paru être la règle. Les observations de BOUILLAUD et de L. DE SAINT-GERMAIN passent sous silence la durée et l'intensité de la fièvre, l'intensité des douleurs, ainsi que tous les autres points importants que nous avons retenus dans notre étude, et s'il nous avait été permis tout à l'heure d'y recourir pour donner une base plus solide aux conclusions qui se dégageaient de nos observations, maintenant elles deviennent complètement inutiles pour le chapitre qui nous occupe.

Il a fallu nous contenter de nos observations personnelles et ici encore la besogne n'a pas été facile. Ce sont, pour la plupart des cas, des renseignements vagues que le malade nous donne; il ne sait que rarement à quel degré s'est élevé le thermomètre; vous êtes trop heureux lorsqu'il vous dit qu'il a eu beau-

coup de fièvre et qu'elle a duré 10, 15 ou 20 jours, car il faut souvent se contenter de cette simple réponse : j'avais très soif, c'est tout ce que je sais.

On ne pourra donc nous en vouloir si nous sommes moins précis que dans le chapitre précédent.

Dans l'observation III cependant, le malade nous dit d'une façon très nette que le thermomètre atteignait 40° lors de la première attaque, tandis que dans la seconde crise nous ne l'avons jamais vu monter au-dessus de 38°; de plus, dans le premier cas, la période aiguë a duré quatre mois, tandis que dans le second elle était passée au bout de 21 jours. Il est de toute évidence qu'en tenant compte des souvenirs du malade au sujet de l'intensité et de la durée de la fièvre, des symptômes généraux et locaux qui présentèrent une gravité toute particulière, la fièvre a dû être beaucoup plus intense lors de la première atteinte que dans la crise que nous avons observée.

Si l'on veut ne pas négliger toutes ces considérations qui permettent de se rendre un compte plus exact de ce que devait être la fièvre lors des précédentes attaques, on trouve que les observations IX, XI, XII, XIV sont aussi démonstratives que l'observation III.

Il est cependant des cas où la précision est plus grande; dans l'observation XIII, par exemple, il s'agit d'une malade qui, lorsqu'elle fut atteinte pour la première fois de rhumatisme articulaire aigu, eut une fièvre très intense, au point qu'elle avait même eu du délire; la seconde fois, au contraire, le thermomètre

monte à 39° les deux premiers jours, oscille entre 37,2 et 37,6 pendant huit jours et retombe le dixième jour de sa maladie à la normale pour ne plus la dépasser. Cette femme avait donc eu à l'occasion de sa récurrence une fièvre incomparablement moins intense qu'à la première attaque.

Au point de vue de la précision, nous considérerons les observations VI, XVI, XVII, XVIII comme ayant une valeur égale à la précédente.

Nous n'en dirons pas autant des observations I, IV, V, VII, VIII, X et XV.

Et malgré tout, même dans celles-là, on est frappé par ce fait que la fièvre a diminué d'intensité à chaque nouvelle attaque. Cette femme (Obs. X), qui est restée la première fois 15 jours au lit et qui a mis 47 jours pour se rétablir a dû avoir plus de fièvre qu'à sa seconde attaque puisque le thermomètre a tout juste atteint 38° pendant les deux premiers jours et n'a jamais dépassé la normale les jours suivants.

Le même raisonnement s'applique à cet homme (Obs. XV) qui, lors de sa deuxième crise, a présenté le type suivant :

1 ^{er} jour	t.	s.	40°
2 ^e jour	t.	m.	39°8
	t.	s.	39°
3 ^e jour	t.	m.	38°
	t.	s.	37°4
4 ^e jour	t.	m.	37°8
	t.	s.	37°

alors que la période aiguë avait duré 120 jours la

première fois. Peu nous importe que ce malade nous donne pour tout renseignement sur sa première crise qu'il buvait sans cesse et qu'il ne puisse nous dire d'une façon précise à quel degré s'élevait le thermomètre ?

Tout ne fait-il pas supposer qu'à cette époque la température a été intense et qu'elle s'est manifestée pendant plus de quatre jours, ce qui a été la durée du type fébrile observé pendant cette seconde crise ?

Et s'il fallait un argument de plus en faveur de notre thèse, nous nous contenterions de rappeler la loi de STOKES : *« d'une façon générale la fièvre dans le rhumatisme articulaire aigu est en rapport avec l'intensité et le nombre des fluxions articulaires ainsi qu'avec le développement ou les progrès des complications viscérales. »* Le lecteur verrait en se rapportant à nos observations personnelles, que si on tient compte des divers symptômes avec lesquels, d'après STOKES, l'intensité de la fièvre est en rapport, on arrive exactement à la même conclusion, qui est celle-ci :

En général, la fièvre diminue d'intensité à mesure que les attaques de rhumatisme articulaire aigu se succèdent chez le même malade et dans les quelques cas où elle serait aussi intense que dans les attaques précédentes, la durée en est toujours beaucoup moindre.

Telle est la loi qui se dégage de l'étude de nos observations; nous ne prétendons pas l'avoir démontrée avec une précision mathématique; nous savons

en effet que le mode et la durée du traitement employé, que la dose du médicament et le moment il a été administré sont autant de facteurs qui ont une influence incontestable sur la marche de la fièvre et sont par suite autant de causes d'erreur pour l'observateur. Quoi qu'il en soit, nous avons la ferme conviction que cette diminution d'intensité de la fièvre est ce que l'on doit observer le plus souvent.

INTENSITÉ DES DOULEURS

Pour ce qui est de l'intensité des douleurs, nous devons nous en rapporter aux souvenirs du malade, et s'il semble *à priori* qu'il n'y ait rien de moins exact qu'une théorie bâtie sur l'intensité plus ou moins grande d'un symptôme purement subjectif, on est très étonné, au contraire, de voir que de tous les autres symptômes c'est celui dont le malade a gardé le souvenir le plus précis.

Jamais il n'hésite pour vous dire : à la première attaque, j'ai beaucoup plus souffert qu'à la seconde, mais les douleurs à la troisième attaque ont été beaucoup moins fortes encore qu'à la deuxième. Tandis que si c'est sur la durée de la maladie, sur la gravité de l'état général qu'on désire être renseigné, le malade cherchera quelquefois longtemps avant de vous répondre.

Dans l'observation XIII, parlant de sa première crise, notre rhumatisante nous dit : « Je souffrais tellement qu'ayant été obligée de changer de lit, je poussais de véritables hurlements pendant que mes voisines me transportaient d'un lit dans l'autre, je

ne pouvais même pas supporter le poids des couvertures. Maintenant, au contraire, je ne souffre pas beaucoup. »

On peut, en effet, mobiliser les articulations malades, avec beaucoup de douceur. il est vrai, mais on peut les mobiliser sans provoquer de grandes douleurs.

Les renseignements que nous donne cette malade au sujet des douleurs qu'elle avait éprouvées à sa première et à sa seconde attaque n'obligent-ils pas à conclure qu'il existe une diminution manifeste dans leur intensité en faveur de la récurrence ?

Lorsque nous demandons à cet homme, qui fait l'objet de l'observation I, si les douleurs ont été aussi intenses aujourd'hui qu'elles l'avaient été dans les attaques précédentes, il nous répond qu'elles le sont beaucoup moins ; d'ailleurs, j'ai remarqué, dit-il, que les attaques diminuaient de durée et d'intensité à mesure qu'elles se reproduisent, et il est probable que cette fois-ci ce ne sera ni bien long ni bien douloureux, et le malade avait quelque expérience en la matière, il en était à sa sixième attaque !

C'était la première observation de rhumatisme articulaire aigu que nous prenions dans le but de notre étude ; nous n'avions à ce moment là aucune idée préconçue sur ce qu'allaient être plus tard nos conclusions ; nous avons consigné cette appréciation sans y ajouter la moindre importance et aujourd'hui nous sommes heureux de la retrouver. Car ce que nous disait ce malade, non seulement au sujet de la

diminution d'intensité de la douleur dans les récives, mais encore au sujet de la durée et de l'intensité des attaques elles-mêmes s'est pleinement vérifié dans la suite pour toutes nos observations.

Si l'on voulait encore un autre moyen de contrôle, on pourrait se baser encore sur la durée de la période aiguë; les douleurs ne sont-elles pas un des facteurs les plus importants de cette période? Je dirai même que la durée de la période aiguë est le plus souvent fonction de la durée des douleurs. De telle sorte que si un malade (Obs. III) reste la première fois quatre mois au lit sans pouvoir bouger et qu'il se lève le vingt-quatrième jour au moment de la récive, il est évident qu'il a du souffrir beaucoup plus pendant la première attaque et nous devons alors le croire lorsqu'il nous dit que les douleurs cette fois-ci sont bien moins vives que dans la première crise.

Nous avons un double motif pour pouvoir conclure avec quelque vérité; d'abord, tous nos malades affirment qu'ils ont moins souffert à chaque nouvelle crise; ensuite, nous avons démontré dans un précédent chapitre que la durée de la période aiguë était moindre dans la récive; or comme cette durée, nous venons de le voir, est fonction de l'acuité des douleurs, c'était démontrer en même temps que l'intensité des douleurs allait, elle aussi, en diminuant.

En terminant ce chapitre, nous concluons donc que les douleurs diminuent d'intensité dans la succession des attaques de rhumatisme articulaire aigu survenant chez un même malade, de telle sorte qu'un

rhumatisant souffre toujours bien moins dans la crise actuelle que dans la crise qui l'a immédiatement précédée, et que, s'il est arrivé quelquefois que les douleurs se sont montrées avec une égale acuité dans deux crises successives, elles ont toujours été de moins longue durée dans la deuxième que dans la première.

DETERMINATIONS ARTICULAIRES

En général, le malade se rappelle très bien quelles sont les articulations qui ont été prises à chaque attaque et l'ordre dans lequel elles ont été atteintes ; nous pouvons donc apporter une certaine précision dans les résultats que nous allons donner.

Dans toutes les observations que nous avons prises, une seule fois (Obs. V), le début des attaques a été marqué par la localisation des douleurs sur la même articulation ; il n'est donc plus permis de dire, comme bon nombre d'auteurs l'ont fait jusqu'ici remarquer, que chez le même malade les attaques de rhumatisme articulaire aigu commencent toujours de la même façon et que toujours c'est la même articulation qui est la première douloureuse.

Pour ce qui est du nombre des articulations prises, la même variabilité est constatée ; s'il est vrai que souvent (Obs. II, III, IV, V, VI, VIII, IX, XII, XIV, XVI, XVIII), lors de la première attaque le rhumatisme est généralisé, que même dans ce cas une fois sur deux (Obs. VI, XIV, XV, XVI, XVIII), les petites articulations des mains et des pieds sont respectées,

il arrive encore fréquemment (Obs. I, VII, X, XI, XV, XVII, XIX, XX), que tel malade (Obs. VII qui n'aura eu la première fois que deux ou trois articulations prises, voit à la deuxième attaque, le rhumatisme se généraliser à toutes les articulations.

Mais si le rhumatisme ne débute pas toujours en prenant la même articulation, si le nombre des arthropathies est éminemment variable, il est une règle presque absolue cependant qui consiste à voir le rhumatisme se localiser de préférence sur les petites articulations lorsqu'il a tendance à passer à la chronicité.

Il suffit pour s'en convaincre de relire les observations I, IV, VI, VIII, IX, XI, XVIII.

Mais avant, rappelons l'histoire du malade dont l'observation a fait l'objet de la 23^e clinique de M. JACCOUD à l'Hôpital de la Charité en 1867, car nos observations VI et VIII lui sont tout à fait superposables.

C'est un homme de 29 ans, débile, pâle, très anémique, ayant une lésion profonde du cœur, et dont les mains et les pieds ont subi de telles déformations permanentes qu'il est aujourd'hui incapable de tout travail.

Il a déjà eu six attaques de rhumatisme articulaire aigu, les quatre premières ont été remarquables par leur violence, les deux dernières par leur durée.

Les deux premières ont guéri sans laisser de traces, la troisième s'est accompagnée d'endocardite intense, produisant une lésion organique du cœur,

la quatrième attaque fut aiguë et se prolongea pendant quatre ou cinq semaines.

Jusqu'à la cinquième, jamais les articulations des pieds et des mains n'ont été prises, mais dans la cinquième et la sixième attaque, c'est sur ces petites articulations que se localisent les douleurs et qu'elles s'y éternisent (quatre mois et demi sur cinq, durée totale de chacune des deux attaques) et il en résulta cette déformation considérable qui fait de ce malade un infirme.

Mais ces deux attaques dont la durée révèle le caractère chronique ne se sont pas développées sans fièvre et avec tous les caractères du rhumatisme chronique, car elles ont été précédées toutes deux d'une période aiguë pendant laquelle les douleurs se sont d'abord localisées sur les grandes articulations, puis fièvre et douleurs ont disparu en quelques jours et le rhumatisme s'est localisé alors sur les petites articulations sans être accompagné de réaction fébrile, prenant tout à fait les allures du rhumatisme chronique. En réalité, il ne s'agit là que d'un rhumatisme articulaire aigu ayant une tendance à la chronicité et pas du tout d'un rhumatisme chronique d'emblée.

Relisons maintenant notre observation VIII. L'histoire de notre malade qui en est lui aussi à sa sixième attaque est tout à fait comparable à celle du malade de M. JACCOURD ; il n'a pas encore les déformations des mains aussi accentuées, ce n'est pas tout à fait un

infirmes, mais c'est là la seule différence qui existe entre les deux.

Prenons parmi tous les rhumatisants que nous avons pu observer ceux qui en sont à leur quatrième, cinquième ou sixième attaque, nous retrouvons toujours à la dernière crise cette tendance à la localisation du rhumatisme sur les petites articulations et cette tendance à la chronicité.

GRAVITÉ DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

Nous n'insisterons pas du tout sur la physionomie que présente l'état général à chaque nouvelle attaque, car il est de toute évidence qu'une malade (Obs. X) qui, dans sa première attaque, est en proie à une fièvre ardente et à des douleurs très fortes, pendant un mois verra son état général plus atteint que dans sa seconde attaque où elle n'a qu'à lutter pendant neuf jours contre les douleurs et la fièvre, ces douleurs et cette fièvre fussent-elles d'une intensité égale dans ces deux crises, ce qui d'ailleurs n'est pas. Or nous avons observé et nous croyons avoir démontré qu'à mesure que les attaques se répétaient chez le même malade leur durée était moins grande, les douleurs et la fièvre moins intenses ; l'état général qui est fonction de la durée des attaques, et de l'intensité des symptômes locaux et généraux doit évidemment suivre la même décroissance. C'est en effet ce que nous avons toujours constaté et nous renvoyons le lecteur à la lecture de nos observations. Il y verra par exemple que le malade couché au N° 13 de la salle Lelong (Obs. III) était resté 120 jours au lit la première

fois qu'il eut du rhumatisme articulaire aigu; il avait eu à cette époque des épistaxis, des céphalées, des sueurs profuses, un amaigrissement considérable, tandis qu'à la deuxième fois il n'était resté que 21 jours au lit et l'on pouvait constater sans doute qu'il avait maigri, mais les sueurs étaient très légères. les épistaxis, les céphalées, l'inappétence avaient fait défaut.

Tel autre malade (Obs. VII) avait eu aussi des sueurs profuses, de nombreuses épistaxis, de l'inappétence, de la constipation, une anémie très intense pour laquelle il était allé consulter et voici qu'à sa quatrième crise, à part quelques sueurs, rien de tout cela n'est observé.

On ferait la même constatation pour chacun des cas que nous rapportons.

L'état général, nous le voyons donc, suit lui aussi une marche décroissante dans la succession des attaques, ce qui d'ailleurs est tout à fait naturel comme nous l'avons démontré plus haut.

LE CŒUR EST-IL TOUCHÉ DANS LES RÉCIDIVES ?

Il est plus intéressant encore pour le clinicien de savoir ce que devient le cœur dans la suite des récidives ; va-t-il se comporter comme le cœur des enfants qui, d'après ROGER, ne pourrait résister à la troisième attaque lorsqu'il lui arrive, ce qui est rare d'après cet auteur, de s'être tiré indemne des deux premières crises ? doit-on avec PIDOUX regarder l'affection cardiaque comme aussi essentielle à la maladie que les arthrites elles-mêmes ? Tel n'est pas notre avis, et nous basant sur la loi de BOUILLAUD elle-même, nous pensons que le malade dont le cœur a résisté à une première attaque de rhumatisme pourrait bien rester indemne de toute affection cardiaque dans les récidives qui vont suivre, car elles sont en général d'une intensité plus légère.

Reprenons nos observations : nous voyons que neuf fois le cœur n'a été touché ni à la première attaque ni à l'occasion de récidives (Obs. II, III, IV, V, XI, XII, XVII, XIX, XX).

Deux fois on a constaté une péricardite avec épan-

chement à la première attaque, tandis que dans les crises qui ont suivi, le cœur n'a pas été effleuré (Obs. XIII, XVIII).

Chez cinq de nos malades, le cœur est lésé dans les récidives, mais il s'agit là d'une lésion ancienne qui s'est peut-être accrue à chaque nouvelle attaque, mais qui date de la première atteinte (Obs. I, VI, VIII, X, XV).

Dans l'observation VII il s'agit d'un homme dont le cœur n'a pas été ausculté lorsqu'il fut pris pour la première fois de rhumatisme articulaire aigu et chez lequel on constate, à la deuxième attaque, une endocardite qui se manifeste à nouveau à sa troisième attaque.

Dans l'observation XIV, l'auscultation du cœur révèle bien chez notre malade une péricardite qui dure une dizaine de jours, il en est à sa seconde crise, mais dans la première attaque il n'a jamais été ausculté.

Dire à quelle époque remonte la lésion observée pendant la récidive, on ne le peut pas et ces deux observations n'ont, par suite, aucun intérêt pour le sujet qui nous occupe.

Restent deux malades (Obs. IX et XVI) dont le cœur n'avait pas été touché dans les attaques antérieures; l'un en était à sa cinquième crise et l'autre à sa seconde; chez le premier, on trouve une légère péricardite qui dure quatre jours; chez le second, un prolongement du premier bruit fut perçu

pendant quarante-huit heures seulement au foyer aortique.

De telle sorte qu'en enlevant les deux observations suspectes, pour les 18 malades qui restent, l'auscultation du cœur pratiquée pendant les récidives a donné les résultats suivants :

11 fois le cœur a été respecté;

5 fois une lésion fut constatée, mais elle remontait à la première attaque ;

2 fois seulement une légère péricardite s'est déclarée, alors que le malade n'avait présenté aucun trouble à l'occasion des crises précédentes.

Dans la thèse de L. DE SAINT-GERMAIN, il existe en tout 17 observations rapportant l'histoire de malades ayant eu plusieurs attaques (1); sur ces 17 on doit en retrancher 3, ce sont les observations XIX, XX, XXI dans lesquelles on voit que le cœur n'a pas été ausculté une seule fois pendant la première crise. Pour nous, elles n'ont aucune valeur; nous savons en effet qu'il est d'une importance capitale d'ausculter le cœur d'un sujet pendant toute la durée de la maladie lorsqu'il est atteint de rhumatisme articulaire aigu pour la première fois, car c'est alors surtout que le cœur est facilement touché.

Dans les observations V, XIII, XV, XVI, XXV on voit que le cœur n'a jamais été touché.

2 fois on a constaté, à la première attaque, une

(1) Ce sont les observations II, III, V, VIII, XI, XIII, XV, XVI, XVIII, XIX, XX, XXI, XXIII, XXV, XXVII, XXXI, XXXIII.

lésion, alors qu'à la deuxième, le cœur est resté indemne (Obs. II, III).

Enfin, 7 fois, le cœur a présenté à l'auscultation, pendant la récursive, une lésion, mais cette lésion, comme on peut s'en rendre compte par la lecture des observations, remontait à la première attaque. (Obs. VIII, XI, XVIII, XXIII, XXVII, XXXI, XXXIII).

De telle sorte qu'en résumé, on arrive aux résultats suivants ; sur 14 malades dont le cœur a été ausculté pendant les récursives :

7 n'ont présenté aucune lésion ;

7 ont eu certains troubles du côté du cœur, mais ces troubles remontaient à la première attaque.

Si on réunissait les observations de L. DE SAINT-GERMAIN avec les nôtres, on verrait que sur 32 cas :

2 fois seulement, on a constaté une légère péricardite à l'occasion de la récursive ;

12 fois la lésion observée remontait à la première attaque ;

18 fois le cœur fut exempt de toute atteinte.

De telle sorte que la conclusion suivante se dégage des constatations que nous venons de faire :

Si le cœur n'est pas pris à la première attaque, il se prend rarement à la seconde, et pour ainsi dire jamais dans les attaques suivantes.

Ceci a-t-il lieu de nous étonner ? Nullement. Si le cœur n'a pas été touché la première fois, c'est que le rhumatisme n'a pas été très grave, il s'est plutôt conduit comme un rhumatisme articulaire aigu pra-

tiel, apyrétique où la non-coïncidence d'une lésion cardiaque est la règle, et la coïncidence l'exception.

Mais si on peut appliquer la loi de non-coïncidence de Bouillaud à cette première atteinte, à *fortiori* elle doit s'appliquer aux récidives qui diminuent de plus en plus d'intensité à mesure qu'elles se répètent. Ce serait alors un non-sens de croire le contraire.

Reprenons maintenant le traité clinique du rhumatisme articulaire aigu de Bouillaud, nous trouvons 76 observations; dans 61 il s'agit de malades atteints pour la première fois, 15 malades seulement ont eu déjà plusieurs attaques.

Parmi les 61 malades qui en sont à la première attaque :

- 4 sont morts et on a constaté à l'autopsie la coïncidence d'une endocardite ou d'une péricardite (1);
- 5 ont présenté une endocardite et une péricardite très nette (2);
- 22 ont vu leur lésion cardiaque persister après leur première crise (3);
- 6 avaient eu un rhumatisme articulaire aigu généralisé intense avec lésion cardiaque (4), un seul fait exception (Obs. LXXX);

Voir dans le traité clinique de Bouillaud sur le rhumatisme articulaire aigu, les observations :

(1) 38 à 42.

(2) 46 à 51.

(3) 52 à 75.

(4) 75 à 80.

20 ont eu un rhumatisme articulaire de moyenne intensité, avec lésion cardiaque peu grave (1);

3 fois seulement, il s'agissait de rhumatisme partiel (2).

Parmi les 15 malades ayant eu plusieurs attaques :

1 a présenté de la péricardite (obs. 51).

8 ont eu un rhumatisme de moyenne intensité avec lésion cardiaque très légère et de peu de durée (3).

6 ont eu également un rhumatisme de moyenne intensité mais le cœur n'a pas été touché (4).

La comparaison de ces deux tableaux est éloquente ; on voit que sur les 76 malades de Bouillaud, parmi les 7 qui n'ont pas eu de lésions cardiaques 6 appartiennent au second tableau ; ils avaient tous eu antérieurement des attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Quant aux neuf autres malades qui en étaient aussi à leur récurrence et dont le cœur a été touché, on ne peut tirer la moindre conclusion défavorable à notre thèse car il est impossible de savoir à quelle époque remonte cette lésion, Bouillaud n'ayant jamais mentionné si le cœur avait été ou non lésé à la première attaque.

Cf. in Traité Clinique du rhumatisme articulaire aigu de la loi de coïncidence... Bouillaud 1840, les observations suivantes qui sont celles auxquelles nous faisons allusion.

(1) 82, 84, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101, 102, 105, 107, 108, 110.

(2) 114, 115, 117, 118.

(3) 81, 83, 86, 88, 96, 98, 111, 112.

(4) 103, 104, 105, 109, 114, 116.

Ces résultats, ajoutés à ceux que nous avons donnés quand nous avons fait l'étude de nos observations et de celles de L. de Saint Germain, doivent nous confirmer davantage, si c'est possible, dans notre opinion qui, nous le rappelons, est celle-ci :

Lorsque le cœur n'est pas pris au cours d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, il l'est rarement à la seconde et pour ainsi dire jamais dans les attaques suivantes.

DE L'ALBUMINURIE

Parmi les 20 malades qu'il nous a été permis d'étudier et de suivre, trois seulement ont présenté de l'albumine dans leurs urines au cours de leur récurrence. Et sur les trois, celui dont l'observation porte le numéro VIII est atteint d'une néphrite parenchymateuse dont on ne peut indiquer le début car l'analyse des urines n'a jamais été faite dans les cinq attaques qui ont précédé..

Un des deux autres (obs. IX) était à sa cinquième crise et le léger nuage d'albumine qu'on a constaté à l'occasion de cette récurrence n'a persisté que quatre jours, et il a commencé au moment où on constatait l'apparition d'une lésion cardiaque pour disparaître avec elle; l'autre (Obs. XIII), qui en était à sa seconde attaque, n'eut de l'albumine que pendant deux jours.

Frappé de ce fait que l'albumine était très rare au cours des récurrences, nous avons consulté la thèse de NORMAND (1). Ce travail est d'autant plus impor-

(1) NORMAND. — *Revue générale des complications rénales dans le rhumatisme articulaire aigu*. Thèse de Paris, 1893.

tant qu'on trouve, outre les observations de l'auteur, le résumé de celles de CHÉRON (1) et de L. de SAINT-GERMAIN (2).

Nous avons constaté que pour Normand l'albuminurie apparaît surtout dans les rhumatismes graves; « dans tous les cas relevés par nous, dit-il, c'était dans le cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu, souvent même présentant en outre quelque autre complication. »

« Pour nos 23 cas, ajoute Normand,

4 fois il s'agissait de complications cardiaques;

3 fois de péricardite;

2 fois l'albumine coïncidait avec des sueurs profuses;

2 fois avec des épistaxis;

2 fois avec une congestion pulmonaire.

Nous voyons dans cette thèse que dans les cas où l'albumine a été constatée, elle a persisté, en moyenne, 4 ou 5 jours, et lorsqu'elle a duré 15 jours (*thèse de Chéron, observation VIII*), il s'agissait d'une attaque très intense avec une double lésion cardiaque et des symptômes généraux graves; dans l'autre cas où cette durée fut exceptionnelle, car l'albumine ne disparut qu'au bout de deux mois, il s'agissait encore (*observation IV de la thèse de Chéron*) d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu très grave,

(1) CHÉRON. — De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu. *Thèse de Paris*, 1885.

(2) L. DE SAINT-GERMAIN. — *Etude clinique et expérimentale sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. Thèse de Paris*, 1893.

avec frottement péricardique, souffle et congestion pulmonaire.

On constate aussi dans cette thèse que si la quantité d'albumine rencontrée dans l'urine s'écarte sensiblement de ce qu'on a l'habitude de trouver, il s'agit toujours d'un cas d'une exceptionnelle gravité.

Dans les observations VIII et XI de la thèse de Chéron on trouve que l'un des malades avait 4 gr. 5 d'albumine dans l'urine; dans l'autre, le taux atteint un jour 6 gr. alors que normalement la quantité d'albumine est minime.

Et si on relit ces deux observations, on se rend vite compte qu'il s'agit encore là d'attaques excessivement graves.

Donc l'albuminurie, pour NORMAND, n'apparaît au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu que dans les cas présentant une certaine gravité; la quantité d'albumine trouvée dans l'urine est minime et la durée de l'albuminurie est très courte et lorsqu'on est en présence d'une albuminurie intense et persistante, c'est qu'il s'agit d'un rhumatisme particulièrement grave.

Ces conclusions de NORMAND confirment pleinement les nôtres et servent de base solide à la théorie que nous avons dégagée de nos observations.

Si nos rhumatisants n'ont pas eu d'albuminurie pendant la première attaque, c'est que la gravité du rhumatisme n'était pas assez grande; or dans les récidives qui vont suivre, l'intensité des symptômes locaux et généraux allant toujours en diminuant, le

rein a de moins en moins de chances d'être atteint, de telle sorte qu'il est permis de poser les conclusions suivantes :

Lorsque l'albumine n'apparaît pas au cours d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, dans les attaques qui vont lui succéder chez le même malade, sa présence dans les urines est l'exception.

COMPLICATIONS PULMONAIRES. PHLÉBITE RHUMATISME CÉRÉBRAL

Bien que nous n'ayons jamais eu à constater au cours de nos rhumatismes des complications pulmonaires, des phlébites, des cas de rhumatisme cérébral, il serait intéressant de se demander si les récidives sont toujours indemnes de ces complications.

Nous avons consulté la thèse de LEBRETON (1) mais nous n'y avons trouvé rien qui se rapportât à notre sujet ; les observations elles-mêmes ne peuvent nous servir, car on n'a jamais indiqué à quelle attaque on avait affaire.

Nous ne trouvons pas davantage dans les conclusions ou dans le cours de la thèse de MOREAU (2) une indication quelconque au sujet de la fréquence ou de la rareté des complications pulmonaires au cours des récidives de rhumatisme articulaire aigu, mais l'étude des observations qu'on y rencontre peut sur ce point nous être de quelque utilité.

(1) Lebreton. — Des manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques. *Thèse de Paris*, 1884.

(2) Moreau. — De la congestion pulmonaire dans le rhumatisme articulaire subaigu. *Thèse de Nancy*, 1876.

Sur 17 cas de rhumatisme articulaire aigu compliqués de congestion pulmonaire, 14 fois il s'agit de malades atteints pour la première fois, ce qui semblerait en faveur d'une fréquence bien moins rare en faveur des récidives. Et dans les trois autres observations on voit que ce sont des malades atteints pour la seconde fois.

Nous avons relu ces observations (VI, XV, XVII) et voici quel en est le résumé :

Observation XVII

Il s'agit d'un malade qui a eu une première attaque 4 ans auparavant et dont la crise actuelle présente une particulière gravité.

Les grandes articulations se prennent tour à tour et sont très douloureuses, la température oscille 20 jours durant entre 39, 4 et 40°, le pouls entre 100 et 108 pulsations, les céphalées sont atroces et le malade délire ; on note en outre de l'ictère, de l'anurie pendant 24 heures, de l'endocardite et une pleurésie double. D'ailleurs, 20 jours après son entrée à l'hôpital, le malade meurt.

Observation VI

Même gravité que dans le cas précédent, la température oscille entre 39, 4 et 40° ; le pouls bat de 88 à 108 pulsations à la minute, la céphalalgie frontale est très vive, on note encore de l'ictère, des vomissements bilieux, de la diarrhée, de la péricardite.

Toutes les articulations sont prises.

Observation XV

Le malade présente des symptômes pulmonaires si peu précis que Moreau lui-même ajoute : « Nous remarquerons que dans ce cas la pneumonie, *si elle a vraiment existé*, ne paraît pas avoir dépassé le premier degré. »

Ne tenons pas compte de cette observation, si peu précise; nous voyons que dans les cas où la congestion a pu être constatée (Obs. XVII et VI) au cours d'une seconde attaque, il s'agissait, on l'avouera, d'un rhumatisme d'une gravité exceptionnelle.

Cette quantité nous la retrouvons encore dans les quatorze observations où il s'agit de malades atteints pour la première fois, car nous constatons quatre fois que l'attaque se termine par la mort (Obs. I, II, III, IV), et neuf fois nous voyons le rhumatisme se compliquer en même temps de congestion pulmonaire et de cardiopathie, et une fois (Obs. VII) d'accidents cérébraux.

Sur les 17 cas observés par Moreau, nous voyons donc que nous avons toujours affaire à des rhumatismes excessivement graves et nous croyons qu'après l'étude que nous venons de faire, il nous est permis de conclure que les congestions pulmonaires ne s'observent pour ainsi dire jamais au cours des récidives pour la raison bien simple que nous n'avons jamais vu un rhumatisme qui frappe un sujet

pour la seconde ou la troisième fois sévir avec une pareille intensité.

Le même raisonnement et la même conclusion s'imposent lorsqu'on a étudié les observations de la thèse de MARTIN sur la pleurésie rhumatismale (1). La seule différence qui existe c'est que la pleurésie étant beaucoup moins fréquente que la congestion pulmonaire, nous ne pouvons baser notre théorie que sur les neuf cas signalés par Martin.

Nous n'en dirons pas de même pour la phlébite ; d'après les conclusions de GATAY (2), il n'y aurait rien eu d'étonnant que nous eussions trouvé des cas de phlébite chez nos rhumatisants, car d'après cet auteur ce n'est pas le rhumatisme le plus aigu qui prédispose à la complication phlébitique ; celle-ci n'apparaît en général qu'au déclin du rhumatisme le plus souvent léger.

Il suffit de rappeler ce que dit M. OETTINGER du début du rhumatisme cérébral pour comprendre qu'il nedoit pas être très commun au cours des récidives (3) : « Le rhumatisme a-t-il pris les allures d'une fièvre grave, la température atteint-elle un chiffre très élevé, les sueurs sont-elles profuses, est-il survenu rapidement des complications cardiaques ? Il faudra craindre l'apparition d'accidents cérébraux. » D'ailleurs, GARNOT ne prétend-il pas que 64 fois sur 100 le rhumatisme cérébral s'observe au cours d'une première attaque ?

(1) Martin. — De la pleurésie rhumatismale. *Thèse de Paris*, 1875.

(2) Gatay. — Contribution à l'étude de la phlébite. *Thèse de Paris*, 1896.

(3) Article de M. Oettinger sur le rhumatisme articulaire aigu dans le traité de Médecine de Charcot-Bouchard-Brissaud. Tome II.

DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU CHEZ LES ENFANTS

Les thèses de PICOT (1) et de CLAISSE (2), l'article de M. le Dr BARBIER (3), ceux que M. ROGER a publiés dans les archives de Médecine et de chirurgie (4), l'étude si complète de M. CADET DE GASSICOURT sur le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant (5), voilà les travaux que nous avons consultés pour écrire ce chapitre.

Nous allons rappeler en quoi, d'après ces différents auteurs, le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant se distingue de celui de l'adulte.

Les articulations prises présentent rarement chez l'enfant les grands signes du rhumatisme articu-

(1) PICOT. — Du rhumatisme aigu et de ses différentes manifestations chez les enfants. *Thèse* de Paris 1872.

(2) CLAISSE. — Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. *Thèse* de Paris 1864.

(3) BARBIER. — In Grancher et Comby, *maladies de l'enfance*. Tome I. p. 630.

(4) ROGER. — Archives de Médecine et de Chirurgie, décembre 1866, janvier 1867 et premiers mois de 1868.

(5) CADET DE GASSICOURT. — *Traité clinique des maladies de l'enfance*. Tome II, p. 83.

laire aigu qu'on rencontre chez l'adulte ; elles ne sont pas déformées à la vue, et sont plutôt de simples arthralgies. Les jointures sont bien quelquefois légèrement gonflées, mais le plus souvent la rougeur, quand elle existe au niveau de l'interligne articulaire, n'est ni très marquée, ni très étendue, ni très durable.

Une grande différence aussi, c'est la localisation des déterminations articulaires et leur nombre ; il est rare, en effet, chez l'enfant, que le rhumatisme se localise sur beaucoup d'articulations à la fois ; deux jointures, trois au plus, sont le siège des douleurs. On a même vu chez eux le rhumatisme être mono-articulaire ; ce sont en général les genoux et les cous-de-pied qui sont pris, mais si c'est le membre supérieur qui se trouve atteint, ce sont les épaules et surtout les petites articulations du poignet et des mains qui sont atteintes. On voit donc déjà une différence capitale, à savoir que le rhumatisme chez l'enfant est moins aigu que chez l'adulte dans ses localisations articulaires mais il est plus fixe au niveau des articulations des doigts de la main.

Notons encore l'évolution rapide des arthropathies.

Les symptômes généraux sont très peu accusés, la fièvre ne dépasse guère 38,5 elle est irrégulière, et ne suit pas très nettement les poussées articulaires.

Le délire et les hallucinations ne se montrent jamais, l'albuminurie est exceptionnelle.

Il n'en est pas de même de l'anémie qui est un précoce et qui est toujours très accentuée.

Tout serait pour le mieux sans la tendance déplorable aux récidives qui sont encore bien plus fréquentes que chez l'adulte et qui ont la fâcheuse habitude de s'accompagner de péricardite.

C'est cette facilité avec laquelle le rhumatisme se localise sur le péricarde qui avait fait dire à Bouillaud : « chez l'enfant le cœur se comporte vis-à-vis le rhumatisme comme une véritable articulation » et en 1866 (*archives générales de médecine*) Roger considérait les complications cardiaques comme à peu près fatales. Ce qui fait la gravité encore de cette localisation, c'est qu'elle est insidieuse et pas du tout en relation avec l'intensité des manifestations articulaires. La péricardite peut guérir sans laisser de traces.

Une forme plus intéressante est la coexistence de la chorée et souvent même d'une chorée sévère avec le rhumatisme accompagné ou non de symptômes cérébraux, voilà qui est spécial à l'enfant et qui imprime un cachet tout particulier au rhumatisme.

Le rhumatisme cérébral est rare et serait, d'après Roger, plus facilement curable que celui de l'adulte.

Les congestions pulmonaires et les pleurésies le plus souvent doubles s'observent souvent chez l'enfant.

Nous voyons donc en résumé que le rhumatisme chez l'enfant se distingue de celui de l'adulte, comme le dit M. le Dr Barbier :

1° Par le caractère des arthropathies qui sont loin d'avoir l'importance et l'aspect qu'on est habitué à leur donner chez l'adulte ;

2° Par la fréquence du rhumatisme abarticulaire ;

3° Enfin, par la fréquence et la gravité des lésions cardiaques.

De telle sorte qu'on peut dire, avec la plupart des classiques, que le rhumatisme infantile est moins intense et moins durable que celui de l'adulte, mais cette bénignité d'allure ne vise que les arthropathies ou les phénomènes douloureux qui constituaient autrefois l'élément fondamental du rhumatisme.

Ces différences sont telles que le rhumatisme articulaire aigu, considéré dans ses attaques successives, ne se présente pas probablement de la même façon chez l'enfant que chez l'adulte.

Nous savons déjà que chez les enfants, si le cœur ne se prend pas à la première ou à la seconde attaque, il est forcément touché à la troisième (*Roger*), tandis que chez l'adulte, nous avons vu au contraire que s'il résistait à la première et à la seconde crise, il ne se prenait jamais dans les attaques suivantes.

Ces différences qui existent au point de l'état du cœur existent peut-être aussi pour l'état général, les arthropathies, les déterminations pleurales, la durée des attaques, l'intensité des douleurs et de la fièvre.

Malheureusement, nous étions dans un hôpital d'adultes et nous n'avons pu recueillir nous-même des observations de rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant, et celles que nous avons trouvées dans les livres ou dans les différentes thèses, ne donnent aucun détail sur la durée des attaques, sur la fièvre,

le degré d'anémie ou l'état du cœur lors des crises précédentes.

Les principaux auteurs que nous avons consultés, et dont nous donnons la liste en tête de notre chapitre, ne nous ont pas appris davantage comment se conduisait le rhumatisme articulaire aigu dans ses attaques successives chez l'enfant.

Il nous a bien fallu renoncer à cette étude, mais nous avons tenu à rappeler les différences qui existent entre le rhumatisme de l'adulte et celui de l'enfant afin que d'autres plus favorisés, persuadés comme nous que des différences doivent aussi exister si on considère le rhumatisme articulaire aigu dans la succession des attaques, entreprennent cette étude qui est du plus haut intérêt.

PATHOGÉNIE

En présence de cette atténuation du rhumatisme dans la série de ses attaques successives, l'esprit est naturellement porté à rechercher le pourquoi de ce phénomène. Malheureusement ces causes ne se manifestent pas à nous avec une évidence absolue et nous sommes réduits à des hypothèses plus ou moins incertaines. Néanmoins nous ne croyons pas inutile de les formuler, tout disposé à les abandonner si des faits positifs viennent révéler de nouvelles explications. Les théories, même les plus hasardeuses, ne sont pas toujours stériles, elles simplifient et éclairent les données de l'empirisme et elles sont souvent un acheminement vers ce qui sera la certitude de demain.

L'un des faits propres à expliquer l'atténuation des attaques dans la série de leurs répétitions serait une sorte d'immunité acquise vis-à-vis de l'agent pathogène. Nous ne nous dissimulons pas combien est gratuite cette supposition qui préjuge d'une question, objet de tant de discussions et de dissidences : la pathogénie du rhumatisme. Si cette affection est due

à une embolie comme le veulent PFEFFER, HUETER et HOTOR, si elle a une cause névrotrophique conformément aux affirmations de HEYMANN, enfin si, suivant l'hypothèse de M. BOUCHARD, elle est une manifestation de la nutrition retardante, notre théorie devient insoutenable. Mais elle serait tout à fait admissible si l'on venait à reconnaître un jour la réalité des monades rhumatiques de KLEBS ou si l'on découvrait dans les produits divers de l'inflammation rhumatismale la présence constante d'un même élément infectieux.

A cette immunité acquise s'ajoute peut-être pour produire l'atténuation des attaques une diminution dans l'intensité des manifestations arthritiques à mesure que la diathèse devient plus ancienne et arrive à un stade plus avancé de son évolution. L'arthritisme, à une période où son évolution est relativement récente, se signale plus volontiers par des épisodes fébriles comme des crises de rhumatisme articulaire aigu, des attaques de goutte, maladies plus fréquentes dans la jeunesse et il réserve pour l'âge mûr des manifestations moins dramatiques et plus atténuées: l'obésité, le diabète, la gravelle, la lithiase biliaire et le rhumatisme chronique.

Cette diminution dans la violence du processus pourrait d'ailleurs n'être qu'une apparence et résulter de modifications survenues dans le pouvoir réactionnel de l'individu. Au bout de plusieurs crises l'impressionnabilité du sujet diminue et l'organisme plus passif et plus épuisé oppose à l'ennemi une résistance toujours plus molle. La violente fluxion articulaire des premiers

temps, la brusque ascension thermométrique, l'extraordinaire acuité des douleurs, indices évidents d'un énergique mouvement de révolte, cessent au bout de plusieurs attaques et l'agent pathogène s'installe définitivement sur ce terrain désormais pacifié.

Une question connexe mérite d'être élucidée.

La tendance de ces manifestations diathésiques à la forme chronique ne serait-elle pas due en réalité à une modification imprimée au processus arthritique par l'usage du salicylate de soude ? D'autre part, le médicament n'agirait-il pas mieux par la répétition de son usage et cet accroissement progressif de l'effet ne donnerait-il pas l'illusion d'une atténuation de l'attaque ? Cette dernière hypothèse tombe immédiatement devant les constatations cliniques, relatives au peu d'action de cet agent thérapeutique à mesure qu'on l'administre plus fréquemment. Malgré l'augmentation des doses et la diminution des phénomènes morbides, le salicylate ne produit chez les vieux rhumatisants que des effets nuls ou incomplets. La diminution d'intensité du complexe symptomatique semble être plutôt le résultat d'une évolution du processus vers la chronicité et non une conséquence thérapeutique.

Reste à savoir maintenant si le médicament, malgré son manque d'action sur les attaques torpides, n'a pas modifié la diathèse. Pour l'affirmer, il faudrait pouvoir comparer la série des polyarthrites chez des individus soumis au traitement salicylé et chez

d'autres sujets privés dans la succession de leurs crises de tout secours thérapeutique.

C'est là une expérience qu'il serait difficile et immoral de réaliser. Mais peut-être prouverait-elle l'atténuation de la diathèse sous l'influence du médicament, phénomène d'ailleurs compatible avec son peu d'action sur les attaques tardives. En effet, d'après NOTHNAGEL et ROSSBACH ce remède mettrait en liberté dans les tissus, de la soude et de l'acide salicylique naissant, véritable agent curatif des douleurs rhumatismales. Mais au dire de ces auteurs, ce dédoublement ne se produirait que dans les arthrites franchement inflammatoires. Il serait donc possible que le médicament après avoir atténué le mal devienne impuissant contre les attaques frustes où le phénomène chimique énoncé plus haut ne s'effectuerait plus. Par conséquent, il n'est pas irrationnel d'admettre que le salicylate régulièrement employé dans toutes les attaques diminue graduellement la violence du processus jusqu'à un point où son action thérapeutique ne pourrait plus se manifester.

Nous ne nous dissimulons pas l'insuffisance des preuves apportées par nous à l'appui de nos conceptions. Mais l'hypothèse, même en l'absence de données positives, est préférable au manque de toute explication et à l'obscurité dans laquelle resteraient plongés, sans elle, beaucoup de faits biologiques. Nous pouvons donc provisoirement admettre comme causes du phénomène qui nous occupe l'influence heureuse mais limitée du salicylate sur le processus, la réac-

tion moindre de l'organisme qui vieillit, l'atténuation progressive de la diathèse qui évolue et l'immunité acquise du sujet vis-à-vis de la cause morbifique.

OBSERVATION I

(Personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 7^e attaque

Duv..., 18 ans, entre à l'hôpital Tenon, le 14 mai 1903, salle Lelong, lit n° 18, service de M. le Dr Klippel.

A. H. — Père rhumatisant.

A. P. — Pas de maladies antérieures, mais plusieurs attaques de rhumatisme.

1^{re} attaque à l'âge de 12 ans (1897) ; les articulations prises furent les coudes et les genoux exclusivement, les douleurs furent intenses au point que le malade est resté un mois au lit sans bouger.

Le cœur fut ausculté tous les jours, il fut touché, car le médecin traitant avait dit au malade que le rhumatisme était remonté au cœur et lui avait, à plusieurs reprises, fait des pointes de feu.

L'analyse des urines n'a pas été faite.

La fièvre était intense, le malade avait toujours soif, il était en proie à des sueurs profuses, mais il ne peut indiquer s'il fut sujet à cette époque à des épistaxis. Il se rappelle cependant qu'il avait beaucoup maigri.

Durée du séjour au lit : un mois.

Convalescence : deux mois.

2^e attaque l'année suivante; les mêmes articulations auraient été prises, les douleurs furent peut-être aussi intenses, mais durèrent beaucoup moins.

Le cœur ne fut pas ausculté, l'analyse des urines n'a pas été faite.

Cette fois encore fièvre et sueurs.

Tous les ans ensuite (1899-1900-1902) nouvelle attaque ; ces crises eurent les mêmes localisations que les précédentes et semblèrent diminuer d'intensité et de durée au point que le malade qui avait remarqué cette décroissance nous annonça dès le premier jour de son entrée que l'attaque ne serait pas longue.

Le 1^{er} mai 1903, les douleurs débutent brusquement dans les genoux et ont pris ensuite simultanément les épaules, les bras, les poignets et enfin les mains.

Cette crise avorte, les douleurs ne sont pas très vives, le malade peut mobiliser sans trop de douleur les articulations malades et le 6 mai, il va se promener.

Mais il prend froid et le 8 mai, il fait une rechute. Ce sont les chevilles qui, cette fois, sont les premières prises. Le malade se soigne chez lui, mais le 15 il se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Toutes les articulations sont douloureuses y compris les petites des mains et des pieds, mais elles ne présentent ni gonflement, ni déformation et on peut les mobiliser sans faire trop souffrir le malade.

La température ne s'élève pas à plus de 37° 7, le pouls compte 92 pulsations.

Le malade est pâle et anémié, il a des sueurs aigrettes, mais n'a jamais présenté d'épistaxis. L'appareil gastro-intestinal n'a pas été touché, l'appétit est bon, pas de constipation.

Le cœur présente un souffle d'insuffisance mitrale, insuffisance qui s'est manifestée depuis longtemps, car notre rhumatisant se rappelle qu'après sa première attaque il était rapidement essoufflé dès qu'il faisait le moindre effort.

Les urines ne présentent pas d'albumine.

Les 17, 18, 19 mai, les articulations se libèrent peu à peu et elles redeviennent tout à fait souples le 20 mai ; le souffle mitral persiste, l'albumine est toujours absente, la température est descendue à la normale.

Le 24 mai, apparaît un souffle diastolique au foyer aortique.

Le 26 mai, le malade sort complètement guéri, mais conserve sa double lésion cardiaque.

Le poumon gauche présentait de la submatité, des craquements avec inspiration rude et expiration saccadée et soufflante.

Le poumon droit est sain.

OBSERVATION II

(personnelle).

Rhumatisme articulaire aigu. — 2^e attaque.

Pas..., Emile, 42 ans, marchand de vins, entre le 9 juillet 1903 à l'hôpital Tenon, salle Lelong, lit n° 10. Service de M. le Dr Klippel.

Parents non rhumatisants.

C'est un homme vigoureux qui n'a fait aucune maladie et qui a exercé le métier de charpentier jusqu'à 40 ans. Il a changé de métier à cause de crises de rhumatisme articulaire aigu.

Première crise il y a cinq ans en 1897. — L'arthrite débute par le gros orteil du pied droit avec accompagnement de fièvre. Puis les autres articulations sont prises en remontant, et après les cous-de-pied, les genoux et les hanches, ce fut le tour des articulations des membres supérieurs. Mais l'arthrite n'atteignait une nouvelle articulation que lorsque les douleurs s'étaient calmées dans l'articulation prise préalablement.

Les douleurs ont été vives, survenant par crises de 7 à 8 heures.

Une fièvre intense accompagnait les douleurs.

Les articulations des mains étaient très chaudes, rouges et enflées, ce qu'on n'observait pas pour les autres articulations.

Au cours de cette première attaque, le malade est resté au lit pendant un mois, absolument immobilisé.

La convalescence a duré quatre semaines. Il n'y a pas eu de complications viscérales.

Le 5 juillet 1903, nouvelles douleurs siégeant d'abord dans le genou droit, puis passant dans le gauche et suivant toutes les articulations y compris les petites articulations des mains, respectant toutefois les cous-de-pied et les orteils. Ces dernières articulations ne sont prises que le 10 juillet.

Les crises suivent la même marche que dans la première attaque.

Les douleurs sont moins aiguës mais les crises sont plus longues et l'impotence est plus complète que pendant la première attaque.

Ni rougeur, ni tuméfaction sauf dans les articulations métacarpo-phalangiennes au niveau desquelles existe un léger gonflement.

Aucune localisation viscérale (cœur normal, pas d'albumine).

La crise dure 15 jours, le malade quitte l'hôpital ne présentant plus qu'un peu de gêne dans les mouvements.

Cette attaque a été moins aiguë que la première :

1° douleurs beaucoup moins fortes.

2° rémission complète après huit jours.

3° plus longue durée des crises douloureuses partielles.

4° Participation plus notable des petites jointures, ce qui rapproche le cas du rhumatisme chronique par ses localisations.

OBSERVATION III

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 2^e attaque.

Sou..., Auguste, âgé de 21 ans, cocher, entre à l'hôpital Tenon le 15 septembre 1903, salle Lelong, lit 13, service de

M. le Dr Klippel. Parents bien portants, pas de rhumatisants dans la famille.

Rougeole dans son enfance.

Au mois de septembre 1899 première crise de rhumatisme articulaire aigu. Les douleurs primitivement localisées dans le cou gagnent ensuite les articulations du membre supérieur, puis celles du membre inférieur, y compris les petites articulations des pieds et des mains. Lorsque les douleurs se localisaient sur une articulation, elles avaient en partie disparu dans l'articulation précédemment prise; mais le cycle était continu, du pied la douleur repassait au cou, descendait dans les différentes articulations du membre supérieur pour gagner celles du membre inférieur, de telle sorte que les mêmes articulations ont été touchées plusieurs fois pendant la durée de l'attaque.

Les articulations étaient rouges, gonflées, très douloureuses, la température s'élevait à 40°, des sueurs profuses obligeaient le malade à changer fréquemment de linge. L'état général était mauvais, épistaxis fréquentes, céphalées, amaigrissement.

Le traitement institué fut le bain de caisse et une pommade dont le malade ne peut indiquer la composition.

La durée du séjour au lit fut de quatre mois et la convalescence de trois mois.

Le médecin traitant n'a jamais dit au malade si le cœur avait été touché.

L'analyse de l'urine n'a pas été faite.

Le 14 septembre 1903, nouvelle attaque; ce sont les genoux qui sont les premiers pris, ensuite viennent les coudes-de-pied, les pieds, le cou, les épaules et toutes les articulations du membre supérieur, les douleurs parcourant le même cycle que dans l'attaque précédente. Ces douleurs sont bien moins vives que dans la première attaque.

Les articulations n'ont pas présenté de gonflement. La température a atteint 39° un jour, puis a oscillé les jours suivants

entre 37 et 38, remontant à 38° chaque fois qu'une nouvelle poussée survenait.

Le malade est pâle, il est anémié et maigre ; mais d'après lui, l'état général n'est en rien comparable au précédent comme gravité. Il a cependant des sueurs aigrettes. Pas d'anorexie, pas de constipation.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le cœur présente un souffle extra-cardiaque mésosystolique dans la région sus-apexienne. Les poumons sont sains.

Le 2 octobre, les douleurs sont encore localisées dans la main droite, tandis que les autres articulations sont libres.

Le cœur ne présente plus le souffle extra-cardiaque.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Température 38°.

Pouls 80.

Le 7 octobre, les douleurs ont cessé dans la main droite et n'ont pas reparu dans les autres articulations ; le malade se lève.

Le cœur est toujours intact.

Toujours pas d'albumine dans l'urine.

Le 11 octobre 1903, le malade demande son exeat pour continuer chez lui sa convalescence, il sort entièrement guéri.

Le salicylate fut administré *intus* et *extra*.

OBSERVATION IV

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 4^{me} attaque

Coll..., âgé de 48 ans, charretier, entre à l'hôpital Tenon le 15 octobre 1903, salle Lelong, lit 11 *bis*, service de M. le Dr Klippel.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Première attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de

17 ans; le malade ne peut malheureusement indiquer quelles sont les articulations qui ont été atteintes; il affirme cependant que les petites articulations des mains et des pieds ont été prises.

La fièvre dura, paraît-il, presque autant que les douleurs, des sueurs très abondantes fatiguaient le malade. Il ne peut donner des renseignements sur la gravité de l'état général, il se rappelle seulement que les douleurs étaient atroces.

Le cœur, affirme-t-il, n'a pas été touché; l'analyse de l'urine n'a pas été faite.

Deuxième attaque à 27 ans. La durée du séjour au lit fut de cinq mois, et la convalescence se prolongea deux mois durant; les douleurs furent plus vives que dans la première crise, la fièvre plus intense, les petites articulations furent gonflées pour la première fois.

Les sueurs furent très abondantes, on ne peut savoir s'il y a eu des épistaxis et si l'état général n'était pas gravement atteint.

Le cœur, paraît-il, ne fut pas touché.

Toujours pas d'analyse d'urine.

A 46 ans, nouvelle attaque qui a duré un mois en tout, mais le malade est resté à peine huit jours couché; les articulations ont été légèrement prises, mais pas beaucoup, les douleurs étaient très légères.

Il y a 4 mois le malade traîne, un jour mal, un jour bien; les articulations des bras, des jambes et celles de la main droite ont été prises. Mais les douleurs sont vagues.

Etat actuel, 20 octobre 1903.

La main droite seule est douloureuse, mais très peu; le malade peut s'en servir pour tenir son verre lorsqu'il boit; la température est peu élevée, 37° 2, pouls 76; urines: pas de sucre, pas d'albumine.

Rien au cœur.

Les articulations ne sont ni gonflées, ni déformées.

OBSERVATION V

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 3^e attaque

Léontine L..., 22 ans, femme de chambre ; entre à l'hôpital Beaujon, service de M. le professeur Debove, le 1^{er} décembre 1903.

Père bien portant, mère un peu souffrante mais non rhumatisante ; cinq frères et sœurs en bonne santé.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, la malade n'a présenté aucune affection aiguë ou infectieuse. A cet âge, elle a été prise subitement d'une vive douleur au pied et a dû s'aliter. En quinze jours, toutes les articulations ont été prises. Ces articulations étaient chaudes, la peau était rouge à leur niveau.

La fièvre était élevée, la malade avait une soif inextinguible.

L'état général était mauvais : inappétence, céphalées, constipation, quelques épistaxis.

La crise a duré trois mois environ, la convalescence a été longue.

Le cœur n'a pas été ausculté, l'analyse des urines n'a pas été faite.

Au mois de janvier 1903, une vive douleur au pied a obligé la malade à garder le lit et la marche de l'affection a été la même en tous points que lors de la première attaque. Cependant, l'intensité des douleurs était moindre et la fièvre moins forte.

Au bout d'un mois, la malade était rétablie.

Le cœur, paraît-il, ne fut pas touché.

Le 1^{er} décembre 1903, une nouvelle crise est apparue, débutant encore par le pied et envahissant toutes les jointures.

Au bout de trois jours, la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Elle présentait des articulations un peu enflées, douloureuses, rendant les mouvements difficiles mais non impossibles. Les articulations les plus douloureuses et les plus enflées étaient les petites articulations des mains et celles des pieds.

L'intensité des douleurs était encore moindre qu'à l'attaque précédente.

La fièvre, à l'arrivée, était de 38°6, elle est restée stationnaire ou à peu près, sans écarts sensibles durant quinze jours.

Aujourd'hui 15 décembre, la malade va beaucoup mieux : la fièvre est tombée à 37°, les douleurs et le gonflement ont complètement disparu. La durée de la période aiguë a été de 20 jours.

Pas d'affection cardiaque ou pulmonaire.

Pas d'albumine dans l'urine.

La marche générale de la maladie dont elle est atteinte semble présenter une intensité décroissante.

Chaque période douloureuse a été progressivement plus courte. Les douleurs siégeaient à toutes les articulations alternativement, sans prédominance marquée pour aucune. Cependant, la malade remarque que les petites articulations ont été surtout prises dans les deux dernières attaques et c'est presque exclusivement à leur niveau qu'a été localisée la douleur dans sa dernière atteinte.

OBSERVATION VI

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 2^e attaque

Lég..., 28 ans, cuisinière, entre le 11 décembre 1903, à l'hôpital Tenon, salle Bouillaud, lit n° 11 Service de M. le Dr Klippel.

Cette malade présente une hémiplegie gauche intéressant la face et les membres, hémiplegie ayant débuté il y a trois

mois brusquement, et qui a évolué vers la contracture du côté de la face avec une tendance à la restitution du côté des membres.

A l'auscultation du cœur, on entend un souffle systolique à la pointe et un autre diastolique à la base.

Pas d'albumine dans les urines. Cette malade qui n'a rien à signaler dans ses antécédents, dit qu'elle a eu il y a 18 ans une première attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé à toutes les articulations à la fois, sauf à celles des mains et des pieds — les articulations étaient horriblement douloureuses et tout mouvement fut impossible pendant deux mois. Malgré tout, aucun gonflement ne fut constaté à leur niveau.

Le thermomètre a oscillé pendant huit jours entre 39 et 40°

Les sueurs étaient très abondantes, deux ou trois épistaxis se produisirent, mais l'état général ne fut pas très atteint. Le cœur fut touché, le médecin traitant fit, à plusieurs reprises, des pointes de feu sur la région précordiale.

L'albumine fut constatée dans l'urine.

Il y a six mois que l'attaque actuelle (juillet 1903) a débuté, mais elle présente les allures d'un rhumatisme chronique. Les articulations n'ont été ni rouges, ni chaudes, ni gonflées. De temps à autre, elles étaient le siège d'une douleur qui durait au maximum 24 heures; la malade a pu continuer son travail et n'a jamais gardé le lit. Ce sont les articulations du membre inférieur qui sont prises ainsi que les petites articulations des mains et des orteils.

Pendant les 10 jours que la malade passe à l'hôpital, elle a présenté une seule fois des douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne droite. Cette articulation n'était pas gonflée et 48 heures après, sous l'influence d'un pansement au salicylate de méthyle, la douleur avait disparu.

Bien entendu l'auscultation du cœur ne fut en rien modifiée par cette attaque.

La température prise régulièrement permet de constater

que le thermomètre marquait 37° sauf pendant les deux jours pendant lesquels l'arthrite s'est manifestée, ; on eut alors :

47 déc. $\left\{ \begin{array}{l} \text{t. m. } 37^{\circ}2 \\ \text{t. s. } 37^{\circ}6 \end{array} \right.$

18 déc. $\left\{ \begin{array}{l} \text{t. m. } 37^{\circ} \\ \text{t. s. } 37^{\circ}5 \end{array} \right.$

OBSERVATION VII

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 4^{re} attaque

Rat..., 26 ans, peintre, rue de Belleville 91, entre le 4 février 1904 à l'hôpital Tenon, salle Lelong, lit N° 12, service de M^r le Dr Klippel.

A. H. — Père mort d'accident, n'avait jamais fait de maladies.

Mère cardiaque, pas rhumatisante.

A. P. — Scarlatine et rougeole dans son enfance, chorée à 12 ans.

En mai 1897 le malade étant âgé alors de 20, ans est atteint pour la première fois de rhumatisme articulaire aigu. Deux articulations seulement sont prises, le genou et le cou-de-pied gauches.

Les articulations étaient excessivement gonflées, chaudes, douloureuses et il fallut donner au malade un cerceau pour soustraire ses membres inférieurs au poids insupportable des couvertures. Le malade n'avait pas la moindre trace de blennorrhagie.

Bien que le nombre des articulations fut limité, les symptômes généraux n'en furent pas moins intenses, la fièvre était très élevée, le malade demandait continuellement à boire, l'innapétence était absolue, la constipation opiniâtre.

L'état général était mauvais, anémie, amaigrissement, épistaxis, sueurs profuses, rien ne manquait au tableau donné

ordinairement dans les attaques très longues de rhumatisme articulaire aigu.

D'ailleurs tout mouvement fut impossible pendant le mois que le malade fut obligé de passer au lit. La convalescence ne dura pas moins de deux mois.

Malheureusement le cœur ne fut pas ausculté, l'analyse des urines ne fut pas faite.

Dans la nouvelle attaque qui suivit, trois ans après, au mois de mars 1900, toutes les articulations se prennent à la fois sauf les poignets et les petites articulations des mains et des pieds.

L'intensité des douleurs est en tout comparable à celle de la première attaque, les symptômes généraux sont encore graves, l'anémie existe aussi, les sueurs ont encore été abondantes, mais la durée du séjour au lit n'excède pas 15 jours.

De plus, nul gonflement ne s'est manifesté dans les articulations malades. Le D^r Legendre qui l'auscultait à cette époque lui a dit qu'il était atteint d'insuffisance mitrale.

Les urines ne présentaient pas d'albumine.

Vers la fin de décembre 1903, nouvelle crise débutant par des douleurs au cou-de-pied gauche puis passant successivement dans le genou, l'épaule du même côté, puis suivant le même cycle du côté opposé, épargnant toutefois les petites articulations des mains et des pieds. On ne constate aucun gonflement et la douleur est plutôt légère puisque le malade peut se lever tout le temps de la crise qui a duré jusqu'au 2 février 1904; le séjour au lit n'a pas en effet dépassé une semaine.

L'état général était bon, mais les sueurs étaient encore assez abondantes.

Le 2 février, le genou droit enfle, les douleurs sont très aiguës, la température monte à 39°.

Les urines ne contiennent pas d'albumine. Le cœur présente un souffle systolique à la pointe datant de la première ou toujours de la deuxième crise, car il avait été constaté par le D^r Legendre.

Poumon droit. — Craquements au sommet et submatité.

Poumon gauche sain.

Le malade est pâle, il n'a pas eu d'épistaxis, mais sa peau est couverte d'une légère sueur le matin au réveil.

3 février. — Le genou droit est encore douloureux, le genou gauche se prend à son tour.

{ t. m. 38°
t. s. 38°8.

Cœur. — Le souffle ne s'est pas modifié.

Rein. — Pas d'albumine.

4 février. — Les genoux sont libres en partie, le cou-de-pied gauche devient douloureux.

{ t. m. 37°6
t. s. 38°2

5 février. — Les genoux sont complètement dégagés, le cou-de-pied est encore douloureux, mais aucune autre articulation ne se prend.

La température redescend à 37°.

Cœur. — Pas de modifications.

Urine. — Pas d'albumine.

6, 7, 8. 9. — Les douleurs persistent dans les cou-de-pied.

10 février. — Tout rentre dans l'ordre, le malade part guéri le 14 février.

Le cœur présente toujours les signes de l'insuffisance mitrale.

OBSERVATION VIII

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. 6^e attaque

Bén ..., Alphonse, 29 ans, mouleur, 68, avenue de Bondy, entre le 23 février 1904, à l'hôpital Tenon, salle Andral, n° 14. Service de M. le Dr Ménétrier.

Pas d'antécédents héréditaires.

Les antécédents personnels ne présentent de particulier que de nombreuses attaques de rhumatisme articulaire aigu.

La première crise a débuté alors que le malade n'était âgé que de 17 ans, c'est-à-dire en 1892. A la suite d'un refroidissement, les douleurs ont débuté d'abord dans les cous-de-pied puis bientôt après se sont propagées à toutes les articulations à la fois, y compris les petites articulations des mains et des pieds. Le gonflement et la rougeur de ces jointures étaient considérables et la douleur était telle que le malade évitait tout mouvement, il était, pour employer sa propre expression, étendu comme une momie,

La fièvre était intense, la soif inextinguible et le malade se rappelle même avoir déliré.

L'analyse de l'urine n'a pas été faite, mais par contre, l'auscultation du cœur pratiquée dès le début, montra que le rhumatisme n'avait pas épargné cet organe. Vous avez, disait le médecin au malade, comme une pleurésie au cœur; cette péricardite devait préoccuper le praticien car, non seulement l'auscultation fut continuée pendant toute la durée de l'attaque, mais une révulsion intense fut faite à plusieurs reprises sur la région précordiale (pointes de feu, vésicatoires.)

La maladie se prolongea quatre mois avec cette intensité et ce n'est qu'après ce laps de temps que le malade put commencer à se lever, la convalescence fut d'égale durée. Aussi l'état général fut-il profondément atteint, l'amaigrissement était considérable, l'appétit fut long à revenir et les sueurs profuses qui s'étaient manifestées pendant la maladie se prolongèrent pendant une bonne partie de la convalescence.

Deux ans après, en 1894, deuxième attaque qui diffère de la précédente par la durée du séjour au lit, qui n'est que de trois mois, avec une convalescence d'égale longueur, elle s'en rapproche cependant par le nombre des articulations prises, par l'intensité des douleurs et des phénomènes généraux. Il faut noter cependant que la fièvre fut un peu moins intense.

Cette fois le cœur fut-il touché ?

Le médecin qui avait fait de la révulsion avec tant d'insistance lors de la précédente attaque, n'en fit pas cette fois.

Pas d'analyse d'urine.

Sur la troisième attaque qui eut lieu l'année suivante, en 1895, le malade ne donne de renseignements précis que sur la durée de l'affection, il sait qu'il est resté un mois et demi au lit, la convalescence ayant duré deux mois.

Et si on l'interroge au sujet de cette convalescence, il dit qu'il aurait pu l'abrégé, mais qu'il était chez ses parents et qu'il n'était pas pressé de reprendre son travail. Cette fois, le poumon fut le siège d'une bronchite concomitante. Cependant, tout comme les deux autres fois, toutes les articulations furent prises en même temps.

La quatrième attaque qui se produisit six mois après, diffère des précédentes en ce que les articulations ne se sont prises que l'une après l'autre, le gonflement fut à peine perceptible, la douleur ne fut pas si intense, la fièvre moins forte, l'état général était bon.

D'ailleurs, le séjour au lit ne fut que de trois semaines, la convalescence d'un mois. Cette attaque fut donc moins forte tant au point de vue de l'intensité de la fièvre et des douleurs, que de la durée du séjour au lit.

On regrette de n'avoir aucun renseignement au sujet de l'auscultation du cœur, cependant le malade dit qu'à partir de cette époque ses jambes enflèrent et que l'essoufflement dont il se plaint aujourd'hui remonte à cette époque.

La cinquième attaque, en 1899, est en tout comparable à la quatrième, le malade est resté en tout deux mois et demi à l'hôpital de Cambrai.

Enfin l'attaque qui nous occupe date du 1^{er} mai 1904, mais celle-ci diffère totalement des autres ; le malade entre à l'hôpital pour bronchite, puis on constate bientôt qu'il est en asystolie, on découvre enfin qu'il a une néphrite parenchymateuse rebelle. Quelques jours après, il est pris de douleurs

dans la cheville, ces douleurs persistent deux ou trois jours et disparaissent.

On donne au malade du salicylate de soude, les urines deviennent noires, on les examine et on y découvre de l'albumine. On cesse ce médicament, on se contente de lui faire des pansements avec du salicylate de méthyle.

La douleur passée, on soigne toujours le malade pour sa bronchite, son asystolie (double souffle au foyer aortique, souffle d'insuffisance mitrale) et sa néphrite.

Quelque temps après, c'est un doigt qui est gonflé et douloureux, puis un autre, mais la douleur n'est pas très vive car le malade souffrant d'une dyspnée intense se met souvent sur son séant en prenant un point d'appui sur ses poignets.

C'est ainsi qu'il traîne depuis son entrée, non par le fait de son rhumatisme car les douleurs sont fugaces, passagères, non accompagnées de fièvre (la température ne dépasse pas 37°) et si ce n'était son asystolie, il continuerait à vaquer à ses occupations. Car à chaque crise les petites articulations des mains sont prises exclusivement.

Le 18 avril 1904, une seule articulation est prise, c'est celle du pouce droit qui est le siège d'un léger gonflement et d'une vague douleur; la réaction fébrile est nulle ainsi que le montre la feuille de température.

L'auscultation du cœur permet de reconnaître une double lésion aortique et une insuffisance mitrale.

Le rein est malade, car non seulement on trouve de l'albumine, mais la quantité d'urine émise dans les 24 heures est minime, et on est toujours obligé de tenir le malade sous l'influence de la théobromine.

Les poumons sont sains; pas d'épistaxis, pas de troubles gastro-intestinaux, mais l'état général n'est pas satisfaisant; le malade est pâle, il est en proie à des sueurs profuses, mais certes ce ne peut être là le fait de son rhumatisme.

Il a l'aspect de tous les asystoliques, état considérablement augmenté chez lui par les altérations profondes du rein.

OBSERVATION IX

(Personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 5^e attaque

Faub..., 42 ans, jardinier, entré à l'hôpital Tenon le 11 mars 1903, salle Bichat, lit n° 14. Service de M. le Dr Achard.

A. H. — Pas de rhumatisants dans la famille.

Père mort à 75 ans.

Mère morte à 65 ans paralysée.

A. P. — Nuls.

Première attaque de rhumatisme à 25 ans, début brusque, douleurs localisées à toutes les articulations y compris celles des mains et des pieds. Ces articulations étaient gonflées, douloureuses, le malade ne pouvait faire aucun mouvement.

La fièvre était intense et le thermomètre montait à chaque nouvelle poussée, le malade se rappelle qu'il a atteint 40°.

L'état général était mauvais, des sueurs abondantes fatiguaient beaucoup le malade, et des épistaxis fréquentes achevaient de l'anémier. L'amaigrissement fut tel que pendant sa convalescence, il alla chez un docteur pour consulter à ce sujet.

Le cœur ausculté par le Dr Landouzy ne fut pas trouvé malade.

Les urines ne contenaient pas d'albumine.

Durée du séjour au lit : 20 jours, un mois de convalescence.

Deuxième attaque à l'âge de 30 ans, mêmes articulations prises, même état général, rien au cœur, pas d'albumine.

Durée du séjour au lit : 15 jours, convalescence : un mois.

Troisième attaque à l'âge de 35 ans, mêmes articulations prises, douleurs moins intenses, état général meilleur, pas d'épistaxis, quelques sueurs.

On ne sait si le cœur a été touché mais le malade a été sujet à des palpitations qui ont duré une huitaine de jours.

Les urines n'ont pas été examinées.

Le thermomètre n'a jamais dépassé 39°.

Durée du séjour au lit : 15 jours, convalescence : 2 mois.

Quatrième attaque à 37 ans, en tout semblable à la précédente.

Cinquième attaque en 1904. Toutes les articulations ont été prises, mais elles n'ont présenté aucun gonflement et les douleurs n'étaient pas tellement fortes que le malade ne put se remuer dans son lit. Les petites articulations des mains sont restées douloureuses jusqu'au 24 mars, mais les autres articulations étaient toutes libres le 24 au soir.

La température, n'a atteint que deux fois 38°8 et a oscillé du 15 au 22 entre 37°8 et 38°2 après quoi elle est retombée à la normale.

Notre rhumatisant a fait de la péricardite du 17 au 21 mars, il a présenté de l'albumine pendant cette époque.

L'état général est bon, le malade n'a eu qu'une seule épitaxis, il a conservé l'appétit, n'a pas du tout maigri, n'a pas eu de sueurs.

Il se lève le 23 mars et sort de l'hôpital le 16 avril après 22 jours de convalescence et 11 jours de lit.

A son départ, les frottements qu'on entendait à la région péricordiale n'ont pas reparu. Il n'a pas eu non plus de nouveau de l'albumine dans les urines. Traitement : enveloppements au salicylate de méthyle.

OBSERVATION X

(personnelle).

Rhumatisme articulaire aigu. — 2^me attaque

Mar..., Louise, 22 ans, cuisinière, entre le 30 mars 1904, salle Bouillaud, lit n° 9, hôpital Tenon. Service de M. le Dr Klippel.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent

rien de particulier à part une rougeole à l'âge de 14 ans. C'est à la suite de cette rougeole qu'est apparue la première crise de rhumatisme articulaire aigu. Le début de cette attaque s'est manifesté par une angine qui a duré une quinzaine de jours et qui a précédé les douleurs articulaires. Ces dernières ne se sont manifestées qu'après la guérison complète de l'angine.

Ce sont d'abord les deux genoux qui ont été le siège de ces douleurs; l'épaule droite, la main droite, les doigts des mains, le bras gauche et l'épaule et la main du même côté ont été pris ensuite et successivement, à l'exclusion des autres articulations.

Le gonflement était considérable, la peau était très chaude au niveau des parties malades et la douleur était telle que tout mouvement provoqué ou volontaire arrachait des cris à la malade. Par suite, tout repos la nuit devenait impossible.

C'est en vain qu'on demande des renseignements sur le degré marqué par le thermomètre: la malade se rappelle seulement qu'elle avait beaucoup de fièvre et une soif ardente et que cet état eut la même durée que l'acuité des phénomènes douloureux.

L'état général n'était pas très satisfaisant: la malade était pâle, anémiée, elle éprouvait une grande lassitude, mais elle avait conservé un peu d'appétit, n'avait pas de sueurs, pas d'épistaxis et l'amaigrissement n'était pas considérable. Les règles toutefois disparurent pour ne reparaitre que trois mois après.

Le cœur n'a jamais été ausculté au cours de cette attaque, il n'a pas été fait non plus d'analyse d'urine.

La durée du séjour au lit fut de 32 jours, la convalescence dura 15 jours environ. Traitement: salicylate de soude.

C'est le 27 mars 1904, c'est-à-dire 9 ans après, qu'une nouvelle attaque ramène la malade à l'hôpital; cette fois, ce n'est plus par une angine, mais brusquement que l'attaque débute.

C'est le genou droit qui a été le premier atteint, ce sont ensuite les cous-de-pied.

Le 31 mars le genou droit est encore douloureux mais ce sont les cous-de-pied qui sont enflés ; la douleur n'est pas très vive, car la malade vous présente elle-même les articulations prises au lieu de redouter votre examen, comme on l'observe si souvent chez un rhumatisant en pleine crise.

Au niveau des cous-de-pied, la peau n'est pas très chaude et ne présente pas la moindre rougeur.

t^o matin 37°4, pouls 92.

t^o soir : 38°.

Cœur : L'auscultation révèle une insuffisance mitrale, mais on ne peut l'attribuer à cette attaque ; il n'y a que deux jours que la crise a débuté et depuis longtemps déjà la malade avait constaté qu'elle s'essouffait dès qu'elle était obligée de presser le pas.

Urines : Pas d'albumine.

État général : Bon, pas de sueurs, pas d'épistaxis, pas d'insappétence, mais légère constipation.

Le 1^{er} avril, les douleurs ont quitté les cous-de-pied en partie et les genoux tout à fait, mais l'épaule droite, la hanche gauche et le poignet droit sont douloureux ; le poignet seul présente du gonflement.

température matin — 37,4

soir — 38,2

pouls — 96.

Cœur : le souffle systolique à la pointe conserve toute sa pureté, on n'entend aucun autre souffle et pas de frottement.

Urines : Pas d'albumine.

L'état général est toujours satisfaisant.

2 avril les douleurs de l'épaule ont disparu, celles de la hanche et du poignet persistent encore mais la température a baissé :

t. m. 37°4

t. s. 37°4

3 avril { cœur pas de modifications.
urines pas d'albumine.

le gonflement du poignet existe à peine, les douleurs sont très légères, les autres articulations sont libres.

t. m. 37°

t. s. 37°4

cœur } pas de modifications.
urines }

4 avril tout gonflement a disparu, douleurs persistant au poignet, la malade se lève et commence à manger.

t. m. 37°2

t. s. 37°4

5 avril il ne reste plus de trace du rhumatisme, les articulations ne sont ni douloureuses ni déformées, la crise est guérie.

Le cœur, pendant toute la durée de l'attaque, n'a présenté aucune modification dans son rythme et aucune altération ne s'est ajoutée à l'insuffisance déjà existante.

Dans les crises on n'a jamais trouvé aucune trace d'albumine depuis l'entrée jusqu'à la sortie.

Le 10 avril la malade part pour Vincennes.

Le traitement fut le salicylate intus et extra, le médicament fut administré du 31 mars au 6 avril à la dose de 4 gr. par jour.

OBSERVATION XI

(Personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. 2^e attaque

Spo..., âgé de 39 ans, journalier, entre à l'hôpital Tenon, le 4 mars 1904, dans la salle Trousseau, lit n° 10 (Service de M. le Dr Caussade).

Antécédents héréditaires nuls. — Lui-même dans sa jeunesse n'a fait aucune maladie.

Il est souffrant *pour la première fois* à l'âge de 20 ans. Brusquement il est pris de douleurs violentes dans le cou-de-pied et le genou gauche puis, bientôt après, dans les mêmes articulations du côté droit. Cette douleur est telle que le moindre mouvement, le poids même des couvertures arrachent des cris au malade.

Les articulations douloureuses sont, bientôt le siège d'une légère rougeur et d'un gonflement assez notable.

Le rhumatisme passa d'une articulation dans l'autre successivement et à plusieurs reprises respectant le membre supérieur et les petites articulations des pieds. Ce cycle fut parcouru pendant toute la durée de la maladie qui fut de 5 mois.

La température atteignit 40° mais il ne peut fournir des renseignements très précis, il sait seulement qu'il avait beaucoup plus de fièvre chaque fois que le rhumatisme, quittant une articulation, prenait une articulation nouvelle.

La durée de la période fébrile fut d'environ 2 mois.

De pareils symptômes généraux ne tardèrent pas à retomber sur l'état général qui devint rapidement mauvais. Des sueurs profuses obligeaient le malade à changer souvent de linge (deux ou trois fois dans la nuit). L'anorexie était absolue, la constipation opiniâtre, l'amaigrissement considérable, les épistaxis fréquents. Ce n'est qu'à 5 mois après le début de l'affection que le malade a pu se livrer à des travaux peu fatigants. Les douleurs l'avaient en effet immobilisé deux mois au lit et la convalescence n'avait pas duré moins de trois mois.

Le cœur ne fut pas touché à cette époque, le médecin traitant l'auscultait régulièrement et toujours il a certifié que le cœur n'avait pas été lésé.

L'analyse des urines n'a pas été faite.

Le traitement institué a été le salicylate intus et extra.

La crise actuelle a débuté le 15 janvier 1904. Cette fois, ce n'est pas brusquement que les douleurs ont apparu, mais peu à peu; au lieu de rester localisées au membre inférieur, toutes

les articulations ont été successivement le siège des douleurs, y compris les petites articulations des mains et des pieds.

Le gonflement a été à peine perceptible et si les douleurs ont été intenses, elles ont à peine duré trois jours.

La fièvre a été éphémère au point que le malade demande à quitter l'hôpital huit jours exactement après son entrée.

Les dires du malade, nous avons pu les contrôler exactement car il avait été soigné dans un service voisin, celui de M. le Dr Launois qui nous a affirmé que notre malade n'avait présenté aucun trouble du côté du cœur et aucune trace d'albumine dans l'urine. Pendant cette attaque éphémère 4 gr. de salicylate furent administrés. Mais si nous n'avons pas assisté à cette crise, il nous fut permis de suivre la rechute qui se produisit trois jours après l'exeat du malade.

Nous le retrouvons à la salle Trousseau le 5 mars.

La température est de 38°.

Le pouls à 90.

Toutes les articulations sont douloureuses, mais ne présentent ni gonflement, ni rougeur.

On fait des enveloppements au salicylate de méthyle, on donne 4 gr. de salicylate de soude à prendre à l'intérieur.

L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal.

Dans l'urine, on ne trouve pas trace d'albumine.

Le poumon et la plèvre ne sont pas touchés.

Pas de sueurs, pas d'épistaxis, en somme état général satisfaisant.

Le lendemain, 6 mars, quand nous allons revoir notre malade, nous jetons les yeux sur la feuille de température et nous voyons qu'il y a du mieux.

t. 37°2

pouls 86

Déjà les membres inférieurs sont moins douloureux, nous ne défaisons pas les enveloppements pour voir l'état des articulations, l'auscultation du cœur nous permet de constater que cet organe est toujours respecté.

L'analyse de l'urine est négative au point de vue de l'albumine les *jours suivants* 7, 8, 9, 10 mais mêmes symptômes. Le 11 mars, les douleurs sont définitivement parties, le malade se lève, il entre en convalescence. Rien de spécial à noter sinon què le malade présente, le matin à son réveil, quelques légères sueurs.

Le 20 mars, il part pour Vincennes.

OBSERVATION XII

(Personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 4^{me} attaque

Moll..., 26 ans, maçon, entre le 30 mars 1904 à l'hôpital Tenon, salle Gérando, lit n° 19. Service de M. le Dr Launois.

Mère très rhumatisante.

Scarlatine pendant qu'il était au régiment.

Première attaque de rhumatisme articulaire aigu à 17 ans, début brusque sans angine. Douleurs localisées d'abord dans la hanche droite et se propageant ensuite dans les genoux, les coudes, les épaules, les poignets, les cous-de-pied, ainsi que dans les petites articulations des mains et des pieds. Le gonflement de ces articulations était considérable, elles étaient plus rouges et plus chaudes que les ligaments voisins, la douleur était telle que le malade avait réclamé un cerceau pour épargner aux membres inférieurs le poids des couvertures.

Le thermomètre oscillait entre 39 et 40°

Le malade était pâle et anémié, des sueurs profuses le fatiguaient beaucoup, la constipation était opiniâtre mais il n'eut jamais d'épistaxis.

Pas d'albumine dans les urines. Rien au cœur, rien au poumon. Les douleurs ont conservé leur paroxysme pendant son mois et le malade resta tout ce temps, comme figé dans

un lit. La convalescence fut très longue et marquée par une éruption d'urticaire.

L'année suivante, en 1896, nouvelle crise. Les douleurs, d'abord localisées dans l'aine, se propagèrent à toutes les autres articulations y compris celles des mains et des pieds. Cette attaque, tant au point de vue de l'intensité des douleurs, des symptômes généraux et de l'anémie, est en tous points comparable à la précédente. Elle n'en diffère qu'en ce qu'elle a duré une semaine de moins. Rien au cœur, pas d'albumine. Éruption d'urticaire pour la convalescence.

L'année suivante, au mois de novembre 1897, nouvelle attaque; le début cette fois est lent, le cou-de-pied gauche a été pris le premier et c'est la douleur que le malade a ressentie dans cette articulation qui l'a obligé à s'aliter, mais cette fois les articulations au lieu de se prendre toutes à la fois se sont prises simultanément. D'ailleurs nombre d'entre elles ont été épargnées puisque le cou-de-pied, le genou et l'épaule gauche ont été seuls touchés.

Les douleurs n'étaient pas très grandes; 15 jours après le début de l'affection, le malade pouvait se lever et entraînait en convalescence.

Malgré tout, la fièvre avait duré une huitaine de jours, l'appétit n'était pas brillant, deux épistaxis s'étaient produites et les sueurs obligeaient le malade à changer de linge une fois par nuit. Cette fois le cœur ne fut pas ausculté, l'examen des urines ne fut pas fait.

Pendant la convalescence, nouvelle éruption d'urticaire.

La quatrième attaque a débuté le 26 mars 1904. A la suite d'un refroidissement, une légère angine s'est produite; elle a duré une huitaine de jours. C'est pour sa gorge qu'il se présentait à la consultation de l'hôpital Tenon. Il était à peine guéri que des douleurs se firent sentir dans l'épaule droite; l'aine du même côté, les deux genoux, les cous-de-pied, les articulations métatarso-phalangiennes des deux côtés et les doigts des mains furent ensuite pris tour à tour; le malade pré-

tend que les douleurs ne furent en rien comparables au point de vue de l'intensité à celles qu'il avait éprouvées lors des précédentes attaques.

Nous avons constaté que ces articulations furent le siège d'un léger gonflement mais elles ne présentèrent aucune rougeur.

Nous avons vu évoluer cette attaque et nous avons pu constater que, du 30 mars au 11 avril, toutes les articulations se sont prises successivement et qu'à partir de cette date les mains seules étaient un peu douloureuses bien que le gonflement eût disparu. Elles ne furent libres que le 12 avril.

Mais dès le 7 avril, le malade se levait et pouvait se servir de ses mains.

Le traitement au salicylate intus et extra fut institué du 30 mars au 10 avril.

La température fut le

30 mars	}	s. 39°
31 mars	}	m. 38°
		s. 38°8
1 ^{er} avril	}	m. 37°6
		s. 37°8
2 —	}	m. 37°8
		s. 37°8
3 —	}	m. 37°4
		s. 37°8
4 —	}	m. 37°
		s. 37°6
5 et 6 —	}	m. 37°
		s. 37°4

les jours suivants 37° matin et soir.

L'état général est bon, le malade est un peu pâle, mais il a faim et mange avec beaucoup d'appétit dès le 5 avril.

Il a encore quelques sueurs, surtout le matin, mais il n'a pas eu d'épistaxis.

Le cœur, ausculté tous les jours, n'a pas présenté la moindre lésion.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 12 avril, le malade sort guéri de l'hôpital.

OBSERVATION XIII

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 2^e attaque

Roz..., Marie, 38 ans, domestique, entre le 5 avril 1904 à l'hôpital Tenon, salle Rayet, lit n° 3 bis, service de M. le docteur Launois.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

Première attaque de rhumatisme articulaire aigu à 29 ans, début lent, premières douleurs dans le pouce de la main gauche, puis dans la hanche du même côté, ensuite toutes les articulations sont successivement douloureuses et présentent un gonflement et une rougeur considérables.

Les douleurs ne laissaient aucun repos à la malade et il a fallu lui faire des piqûres de morphine pour lui permettre de dormir. Elle rappelle qu'une fois, ayant été obligée de changer de lit, elle poussait de véritables hurlements tandis que cinq personnes la transportaient d'un lit dans l'autre.

La fièvre fut très élevée, la malade eut même le délire.

Le cœur fut touché, le médecin avait constaté « comme une pleurésie au cœur. »

L'analyse de l'urine n'a pas été faite.

Malgré tout, l'état général était resté bon, pas de sueurs, pas d'épistaxis, car ces symptômes généraux si graves, s'amendèrent tout à coup et, deux jours après le début de la maladie, commençait la convalescence. Celle-ci se prolongea trois semaines.

Deuxième attaque le premier avril 1904 ; à la suite d'un

refroidissement, des douleurs ont apparû dans les reins, les couds-de-pied, les genoux, les épaules, les poignets, respectant les mains et les pieds.

Angine concomitante.

Articulations moins gonflées que la première fois, mais douloureuses.

La malade entre à l'hôpital le 5 avril.

On constate que les épaules et les poignets sont seuls un peu gonflés et douloureux, mais ces articulations ne présentent pas la moindre rougeur.

La température se maintient le 5 et le 6 avril à 39° le soir ; le pouls est à 80. "

Le cœur n'est pas touché.

Urines : léger nuage d'albumine.

Poumons : sains.

7 avril. — Les douleurs persistent.

Le cœur reste normal.

L'albumine disparaît.

8 avril. — La température est redescendue à 37°.

Le pouls est normal.

Le cœur ne présente aucun souffle.

L'albumine n'a pas reparu.

Plus de douleurs.

9 avril. — La malade se lève, elle commence à manger, le mieux persiste.

14 avril. — Elle quitte l'hôpital complètement guérie ; le cœur est sain et l'albumine n'a pas reparu.

OBSERVATION XIV

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 2^me attaque

Lamb..., 23 ans, garçon de café, entre le 15 avril à l'hôpital Tenon, salle Bichat, lit n° 7, service de M. le Dr Achard.

Père rhumatisant.

Mère morte d'accident.

N'a jamais fait de maladies.

Première attaque à 18 ans, début brusque, pas d'angine, toutes les articulations ont été prises sauf les petites articulations des mains et des pieds.

Ces articulations étaient très douloureuses, ce n'est qu'au bout de trois semaines qu'il a pu remuer et commencer à se lever.

La fièvre était très élevée et a duré tout le temps que le malade a gardé le lit, les sueurs étaient abondantes, les épistaxis répétées, l'amaigrissement considérable.

La convalescence a duré aussi trois semaines.

Le cœur n'a pas été touché, dit le malade, mais il n'en paraît pas être bien sûr.

Les urines ne contenaient pas d'albumine.

2^e attaque le 13 avril 1904. Le genou et le poignet droits ainsi que les petites articulations de la main droite sont pris presque à la fois, le malade se décide à se faire transporter à l'hôpital.

Le 15 avril, jour de son entrée, les douleurs ont quitté déjà les articulations primitivement prises et ont envahi l'épaule, le poignet et le genou gauches, respectant la main et le pied de ce côté.

température : 39°.

pouls : 92.

Ces articulations ne sont ni gonflées, ni rouges, et on peut les mobiliser sans faire trop souffrir le malade.

L'état général est bon à part les sueurs qui sont abondantes, il n'a eu qu'une seule épistaxis, l'appétit est conservé.

Pas d'albumine dans l'urine.

L'auscultation du cœur révèle un frottement péricardique.

Poumons sains.

16 avril, les mêmes articulations sont douloureuses, pas de nouvelle poussée.

température : m. 38°5,

Pouls : 90.

Cœur : Le frottement ne s'est pas modifié, pas d'albumine dans l'urine.

17 avril, même état.

température : 38°6

pouls : 92

18 avril : les articulations deviennent complètement libres.

Cœur : Le frottement persiste.

Urines : Pas d'albumine.

t. m. 38°4

t. s. 38° -

21 avril : les deux mains se prennent, gonflement des petites articulations.

t. 39°2

pouls : 100

Cœur : Frottement s'accroît

toujours pas d'albumine ; une épistaxis

22 avril : les mains redeviennent libres, les épaules sont légèrement douloureuses.

t. 38°

pouls : 90

Cœur : Le frottement diminue.

Urines : Pas d'albumine.

Etat général bon.

23, 24, 25, le mieux s'accroît.

26 avril : toute douleur a disparu ;

le malade se lève,

le frottement péricardique n'existe plus ;

pas d'albumine ;

l'état général est bon ;

le malade entre en convalescence ;

t. 37°

pouls, 80

Le 5 mai : le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XV

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 2^e attaque.

Le nommé Ler..., âgé de 16 ans, journalier, entre le 20 avril 1904 à l'hôpital Tenon, salle Gérando, lit 18, service de M. le Dr Launois.

Rien à signaler à part une scarlatine à l'âge de 10 ans, soignée à l'hôpital Trousseau.

Le malade a été atteint d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 14 ans; le début a été brusque, toutes les articulations des membres inférieurs ont été prises à la fois, tandis que celles des membres supérieurs furent épargnées.

Ces articulations étaient le siège d'un gonflement énorme, elles n'étaient pas rouges, mais elles étaient le siège d'une douleur exquise s'exaspérant aux moindres mouvements volontaires ou provoqués, le poids du drap était insupportable au point qu'il fallut donner un cerceau au malade.

La température était très élevée, le malade buvait sans cesse, sueurs profuses. Malgré la gravité de ces symptômes, l'état général ne semble pas avoir été profondément atteint; si l'on en croit les renseignements fournis, on n'aurait constaté ni épistaxis, ni amaigrissement, l'appétit aurait été conservé.

Le cœur fut ausculté avec soin; il est probable qu'il était malade car on ordonna de placer sans cesse sur la région précordiale une vessie pleine de glace.

Il n'y avait pas d'albumine dans les urines.

La durée du séjour au lit fut de quatre mois; c'est seulement après cette époque que le malade put faire quelques mouvements et commencer à marcher.

La deuxième attaque, celle qui nous occupe maintenant, date du 14 avril 1904.

Elle a débuté par les chevilles, puis ce fut le tour des

genoux et actuellement, le 20 avril, on constate que toutes les articulations sont prises sauf l'épaule droite, le poignet et la main gauches, et les orteils. Les autres articulations sont gonflées, la peau est tendue et lisse à leur surface; elle est un peu plus chaude que sur le reste du corps, la douleur est vive mais on peut toucher avec le doigt les points malades sans provoquer une trop grande douleur.

Le malade n'a pas présenté d'épistaxis, il n'a pas de troubles gastro-intestinaux, a conservé son appétit, n'a pas le teint blanchâtre qu'on a coutume d'observer chez les rhumatisants qui sont sous le coup d'une forte crise, mais il a des sueurs profuses. La température s'élève à 40° le 20 avril au soir.

Le pouls bat 106 fois à la minute.

Le cœur présente un frottement péricardique.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Aujourd'hui, 21 avril, les douleurs ont bien diminué, le malade a pu reposer toute la nuit et il est tout heureux d'avoir vu disparaître si rapidement les douleurs.

Température : 39°7.

Pouls : 100.

Cœur : le frottement est plus râpeux que la veille.

Pas d'albumine.

22 avril. — Les poignets seuls sont pris.

Température, matin 39°.

Température, soir 38°.

Pouls 90.

Douleurs disparues, le léger frottement péricardique persiste.

25 avril, toutes les articulations sont libres, la température est retombée à la normale, le frottement péricardique a disparu, pas d'albumine.

Cet état se continue jusqu'au 28 avril, jour du départ du malade.

Le traitement fut le salicylate de soude à l'intérieur et les enveloppements salicylés.

OBSERVATION XVI

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 2^e attaque

Dup..., Henri, 25 ans, imprimeur, entre à l'hôpital Tenon le 20 avril, salle Gérando, lit n° 12, service de M^r le D^r Launois.

Père bien portant.

Mère et sœur rhumatisantes.

Le malade n'a fait aucune autre maladie avant *sa première attaque de rhumatisme qui a eu lieu alors qu'il avait 21 ans* pendant son service militaire. Cette attaque a débuté par des sueurs, de l'inappétence et de la fièvre (40°). C'est la gravité de ces symptômes généraux qui détermine le major à le faire transporter à l'hôpital militaire. Dès que la fièvre fut tombée les douleurs articulaires se sont installées, et c'est dans les genoux qu'elles se sont d'abord localisées pour passer ensuite dans les articulations tibio-tarsiennes et coxo-fémorales, respectant les articulations métatarso-phalangiennes et les articulations des membres supérieurs.

Ces articulations furent très gonflées et très douloureuses : tout mouvement causait des souffrances intolérables.

Le cœur ausculté tous les jours fut, paraît-il, respecté pendant cette attaque ; les urines ne contenaient pas d'albumine.

L'état général, malgré le peu de durée de cette attaque, fut rapidement mauvais, l'amaigrissement considérable, les sueurs abondantes, l'inappétence absolue.

La durée du séjour au lit fut de 15 jours pendant lesquels les douleurs conservèrent leur intensité ; la convalescence fut de deux mois.

La deuxième attaque qui conduit le malade à l'hôpital a débuté le 14 avril 1904 à la suite d'un refroidissement. Les jambes ont perdu de leur force, les chevilles sont devenues douloureuses et le malade a été obligé de s'aliter.

Dans cette attaque, le nombre des articulations prises a été plus considérable ; les articulations des membres inférieurs sauf celles des pieds, le coude, l'épaule, les pouces droits ont été le siège de douleurs. Ces douleurs étaient vives, mais leur durée ne fut pas considérable ; de plus, les articulations présentèrent très peu de gonflement et pas de rougeur.

Au bout de 6 jours, le malade pouvait se lever et s'il entre à l'hôpital, c'est qu'il ne se sent pas la force de continuer son travail.

On constate en effet (21 avril) qu'il n'a plus que le coude droit douloureux, les autres articulations étant indemnes et non déformées ; les douleurs du coude sont assez légères pour permettre au malade de mobiliser son articulation.

Notre rhumatisant est pâle, mais il prétend que c'est son teint habituel ; il n'a pas maigri, il a faim, ne présente pas de troubles gastro-intestinaux, a cependant d'abondantes sueurs et une fois il a eu une épistaxis.

A l'auscultation du cœur on entend un prolongement du premier temps au foyer aortique.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Température 37°6.

Pouls 82.

Le 22 avril, les douleurs ont complètement disparu, le souffle aortique persiste encore, la température est descendue à la normale.

Le 23 avril température normale ;

plus de douleur ;

le cœur ne présente plus de prolongement du premier bruit au foyer aortique ;

pas d'albumine dans les urines ;

état général excellent.

Le 27 avril, le malade quitte l'hôpital ; il avait pris du 20 au 24 avril, 4 grammes de salicylate de soude.

OBSERVATION XVII

(Personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 2^e attaque

Det..., raffineur, 28 ans, entre le 4 mai 1904 à l'hôpital Tenon, salle Gérande, lit n° 17. Service de M. le Dr Launois.

Pas d'antécédents héréditaires et personnels.

Première attaque en 1904.

La douleur se localise brusquement dans les genoux, les cous-de-pied, respectant toutes les autres articulations. Les genoux, les cous-de-pied étaient très gonflés, très rouges, très douloureux. Tout mouvement fut impossible pendant 21 jours.

La fièvre accompagnait les poussées articulaires et pendant 15 jours le thermomètre oscillait entre 39° et 39°7. La température ne revint à la normale que lorsque les douleurs diminuèrent d'intensité.

Bien que la durée du rhumatisme fut en somme courte (trois semaines de lit et quinze jours de convalescence), l'état général fut très mauvais, le malade avait beaucoup de sueurs, beaucoup d'épistaxis, et l'amaigrissement fut considérable.

Le cœur fut respecté et on ne trouva pas d'albumine dans les urines.

Deuxième attaque le 3 mai 1904.

L'articulation tibio-tarsienne droite est prise la première, mais les douleurs restent quelques heures à peine sur chaque articulation, de telle sorte que le 8 mai, c'est-à-dire quatre jours à peine après le début de la crise, elles avaient déjà parcouru toutes les articulations.

Actuellement (8 mai), elles sont localisées dans le genou droit et le bras gauche.

Les douleurs n'empêchent pas le malade de se remuer dans son lit.

La température est redescendue à la normale.

Le pouls est à 80.

Rien au cœur.

Pas d'albumine.

Etat général excellent, pas d'épistaxis, légères sueurs, pas d'amaigrissement, appétit conservé, pas de constipation.

Le 9 mai, les douleurs ont laissé le genou et le coude ; elles ont envahi, par contre, les cous-de-pied,

t° m. 37°.

t° s. 37°, 6

Le cœur n'est pas touché.

Pas d'albumine."

Le 10 mai, ces douleurs diminuent, le malade se lève.

Le 11 mai, toutes les articulations sont libres, le malade continue sa convalescence.

Le cœur est normal.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 14 mai, le malade demande son exeat.

OBSERVATION XVIII

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 3^e attaque

Lef..., 38 ans, homme de peine, entre le 6 mai à l'hôpital Tenon, salle Bichat, lit n° 14. Service de M. le Dr Achard, Mère rhumatisante.

Père mort à 68 ans d'une maladie de cœur.

Première attaque à 20 ans (22 septembre 1887).

Début brusque, toutes les articulations ont été prises mais simultanément; elles étaient très gonflées et les douleurs étaient telles que le malade fut complètement entouré d'ouate et que tous ses membres furent placés dans des gouttières.

Le thermomètre marquait 39°.

La fièvre a duré un mois.

Le cœur fut atteint de péricardite et ponctionné.

Les urines ne contenaient pas d'albumine.

Le malade n'eut pas d'épistaxis, mais il fut en proie à des sueurs profuses, la constipation était opiniâtre, l'inappétence absolue, l'amaigrissement fut de dix livres.

Durée du séjour au lit : deux mois et demi.

Il sort de l'hôpital le 5 novembre pour aller au régiment, mais il est encore convalescent et ne peut faire son service ; il obtient quelques jours de permission pour se reposer, non parce qu'il a des douleurs, mais parce qu'il est très anémié.

Il avait pris durant toute la maladie quatre grammes de salicylate de soude par jour.

Deuxième attaque en décembre 1894 : le début fut brusque, toutes les articulations sont prises tour à tour, mais les douleurs sont moins fortes, le gonflement et la rougeur moins considérables.

Les sueurs furent encore assez abondantes, mais l'état général était satisfaisant, on n'a pas observé dans cette crise d'épistaxis.

La durée du séjour au lit fut de 8 jours, la convalescence se prolongea pendant 17 jours.

Rien au cœur, pas d'albumine.

On a donné 5 grammes de salicylate de soude par jour.

La troisième attaque débute par un lumbago le 30 avril 1904, le lendemain, le poignet et la main du côté droit enflent et deviennent douloureux, puis ce sont les cous-de-pied et les pieds qui sont pris. Tout cela en trois jours.

Le 3 mai, les genoux sont douloureux à leur tour.

Le 6 mai, le malade entre à l'hôpital.

{ t. m. 39°4
t. s. 38°2

Pieds, cous-de-pied, genoux, poignet droit et main droite sont légèrement enflés, assez douloureux.

Le malade n'a pas eu d'épistaxis, il a faim, ne sùe pas, l'état général est bon, le cœur n'est pas touché.

L'auscultation du poumon permet d'entendre des craquements à droite et du gargouillement au sommet gauche. Le malade crache beaucoup depuis six mois.

Traitement. — Enveloppements au salicylate de méthyle et traitement de la tuberculose.

7 mai $\left\{ \begin{array}{l} \text{t. m. } 39^{\circ}8 \\ \text{t. s. } 39^{\circ} \end{array} \right.$

La main droite est moins douloureuse et moins enflée, pas de sueurs.

Le cœur n'est pas touché.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

8 mai. — Les douleurs redeviennent intenses dans la main droite, les autres articulations sont libres.

t. m. 38° .

Le cœur et le rein sont intacts.

9 mai. — Les douleurs passent de la main droite dans toutes les articulations du membre supérieur gauche, y compris celles de la main.

$\left\{ \begin{array}{l} \text{t. m. } 38^{\circ} \\ \text{t. s. } 38^{\circ}6 \end{array} \right.$

10-11 mai. — Tout en restant localisées au membre supérieur gauche, les douleurs diminuent d'intensité.

$\left\{ \begin{array}{l} \text{t. m. } 37^{\circ}8 \\ \text{t. s. } 38^{\circ}2 \end{array} \right.$

Le 12 mai, les douleurs diminuent encore mais restent encore localisées aux petites articulations de la main gauche.

t. $37^{\circ}2$

Malgré tout, le malade se lève et commence sa convalescence.

Le 15 mai, il est guéri, mais nous ne pouvons le suivre plus longtemps, car c'est le jour où nous quittons le service.

OBSERVATION XIX

(personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 3^e attaque

M. X..., avoué à Paris, 43 ans.

Rhumatisants dans la famille.

Pas de maladies antérieures.

Première attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 40 ans. Les douleurs, d'abord localisées à la cheville droite, se propagèrent ensuite à toutes les articulations, respectant toutefois les mains et les pieds.

La fièvre fut prise régulièrement par le Dr Legry, médecin traitant, le thermomètre oscillait entre 38°8 et 39°2.

Les sueurs étaient profuses et obligeaient le malade à changer souvent de linge.

Les douleurs étaient très fortes et empêchaient tout mouvement.

L'état général était mauvais : céphalées, épistaxis nombreuses, inappétence absolue, pas de constipation, amaigrissement.

Le cœur a eu des bruits assourdis, mais très légèrement et pendant 48 heures à peine.

Urines : pas d'albumine.

Durée du séjour au lit : 30 jours.

Durée de la convalescence : un mois.

Le salicylate fut donné à raison de 4 gr. par jour.

Deuxième attaque à l'âge de 42 ans. — Les articulations prises furent cette fois les épaules, les coudes, les poignets et les mains ; la colonne vertébrale, les muscles intercostaux étaient douloureux. Les douleurs étaient moins violentes que dans la première crise. La fièvre fut moins intense, mais elle atteignit deux fois 39°.

Les urines furent encore assez abondantes, il y eut quelques

légères épistaxis, mais pas d'inappétence et pas d'amaigrissement.

Les bruits du cœur furent un peu sourds, mais jamais on n'entendit de frottement ou de souffle à l'auscultation.

Pas d'albumine dans l'urine.

Durée du séjour au lit : 15 jours.

Convalescence : 15 jours.

Traitement : 4 gr. de salicylate de soude.

Troisième attaque à 43 ans.

Toutes les articulations se prennent tour à tour, mais la fièvre ne s'est montrée que pendant les 4 jours que le malade a été obligé de passer au lit ; les douleurs n'étaient pas très fortes car le malade pouvait se lever pour aller à la garde-robe.

L'état général ne fut pas atteint.

Le cœur fut indemne.

Les urines ne contenaient pas d'albumine.

9 jours après le début des douleurs le malade était guéri.

Cette attaque fut remarquable par ce fait que les douleurs s'étaient localisées sur les petites articulations des mains et que maintenant, de temps en temps, le malade éprouve des douleurs dans ces articulations, mais sans être accompagnées de fièvre. Il tend à devenir un rhumatisant chronique.

OBSERVATION XX

(Personnelle)

Rhumatisme articulaire aigu. — 3^e attaque

M. X..., interne des hôpitaux de Paris, 28 ans.

Parents rhumatisants.

Pas de maladies antérieures.

A l'âge de 15 ans, première attaque de rhumatisme articulaire aigu survenue à la suite d'un refroidissement. Toutes les articulations ont été prises à la fois, mais elles ne présentaient

ni rougeur, ni gonflement. Les articulations temporo-maxillaires étaient aussi prises et particulièrement douloureuses. La douleur des autres jointures était supportable si le malade gardait l'immobilité, mais elle s'exaspérait beaucoup dès qu'il voulait faire le moindre mouvement.

La fièvre ne fut pas très violente et le thermomètre n'a jamais marqué plus de 39°.

L'état général fut assez mauvais car on a noté à cette époque des épistaxis, des céphalées, des sueurs, de l'amaigrissement, mais on n'a observé ni troubles gastro-intestinaux, ni constipation.

Rien au cœur, pas d'albumine.

La durée du séjour au lit fut de deux mois et la convalescence d'une vingtaine de jours.

Le salicylate fut la base du traitement.

La deuxième attaque, qui survint deux ans après, fut beaucoup plus courte, la durée du séjour au lit ne dépassa pas 15 jours et la convalescence fut à peine d'une semaine. Les articulations prises furent les épaules, les coudes, les poignets et la colonne vertébrale.

Les douleurs étaient moins fortes, cependant elles ne permettaient pas au malade le moindre mouvement.

Ce sont les coudes surtout qui furent le siège des douleurs, car ils étaient encore pris alors que les autres articulations étaient libres depuis quelques jours.

La fièvre n'était pas plus forte que la fois précédente et sa durée fut beaucoup moindre.

L'état général fut meilleur, pas d'épistaxis, quelques légères sueurs simplement.

Le cœur fut respecté cette fois encore et l'analyse de l'urine, au point de vue de l'albumine, fut négative.

Cette récurrence avait eu pour cause aussi un refroidissement.

La troisième attaque fut tout à fait légère, si légère même que M. X... ne peut en fixer l'époque.

La durée du séjour au ne lit fut que de 2 à 3 jours.

Les articulations prises furent les épaules, les coudes et les poignets, mais cette fois-ci les symptômes généraux furent à peine marqués.

L'état général était excellent, la crise fut tellement courte qu'il n'eût pas le temps d'être atteint.

Malgré tout, l'influence du salicylate fut manifeste cette fois comme dans les autres attaques.

Le cœur ne fut pas touché et on n'a pas trouvé d'albumine dans les urines.

OBSERVATION XXI

(Chomel. — *Leçons de clinique médicale*, 1837. — Tome II

Page 225. — *Observation XIV*)

Beau..., âgé de 26 ans, marchand de vins, autrefois boucher, de constitution médiocrement forte, mais d'une bonne santé habituelle. Ses parents ne sont pas rhumatisants.

Cet homme a eu une *attaque de rhumatisme articulaire avec fièvre à l'âge de 12 ans*, elle se prolongea pendant cinq semaines.

Une *seconde attaque* eut lieu alors qu'il avait 20 ans, sa durée fut de 15 jours. Le malade n'a jamais été soumis à aucun traitement actif. Il n'éprouve jamais de palpitations.

Il n'est jamais essoufflé quoiqu'il se livre souvent à des excès alcooliques.

Le 22 décembre 1835, sans s'être préalablement refroidi, il éprouve beaucoup de difficulté à marcher à cause d'une vive douleur qui a envahi le genou droit.

Entré le 27, à l'hôpital, il se plaint vivement des épaules et des genoux, les poignets sont gonflés et douloureux.

La soif est vive, la langue blanchâtre, le pouls à 112, large

et dur, la région du cœur exempte de matité et de tous bruits anormaux.

Le 28, pas de changement.

Le pouls tombe à 92 pulsations à la minute.

Le 30 décembre, toutes les douleurs ont cessé ; depuis la veille au soir, le malade est convalescent.

CONCLUSIONS

On peut donc conclure que chez l'adulte à mesure que les attaques de rhumatisme articulaire aigu se succèdent :

- 1° Les douleurs sont moins violentes ;
- 2° La fièvre moins intense ;
- 3° L'état général meilleur ;
- 4° La durée du séjour au lit plus courte ;
- 5° Les cardiopathies moins fréquentes ;
- 6° L'albuminurie exceptionnelle ;
- 7° Les congestions pulmonaires, les pleurésies, les phlébites, le rhumatisme cérébral d'une extrême rareté,

d'où :

Diminution de la virulence dans la longue suite des attaques, mais plus de tendance à la chronicité chez quelques malades (les petites jointures se prennent, la marche est plus lente, etc.).

Vu :

Le Président de la Thèse,
HUTINEL.

Vu :

Le Doyen
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNHEIM. — Des congestions pulmonaires dans le rhumatisme articulaire aigu. Leçons de clinique médicale, 1877, p. 494.
- BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition
- BOUILLAUD. — Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie. Paris, 1840.
- BROUARDEL-GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique. Article : rhumatisme articulaire aigu. Tome II, p. 720.
- CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance. Tome II, p. 83.
- CHARCOT-BOUCHARD-BRISSAUD. — Traité de médecine. Troubles et maladies de la nutrition. Tome I. Rhumatisme articulaire aigu. Tome II, p. 807.
- CLAISSE. — Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1864.
- CHÉRON. — De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu. — *Thèse de Paris*, 1885.
- CHOMEL. — Leçons de clinique médicale recueillies par Requin, 1837. Tome II, page 497.
- DEBOVE ET ACHARD. — Manuel de médecine. Rhumatisme articulaire aigu. Tome VII, page 629.

- DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article de M. Besnier sur le rhumatisme, 1878, page 501.
- DE SAINT-GERMAIN. — Etude clinique et expérimentale sur la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu. *Thèse de Paris*, 1893.
- FERNET. — Du rhumatisme articulaire aigu et de ses diverses manifestations. *Thèse de Paris*, 1865.
- GATAY. — Contribution à l'étude de la phlébite rhumatismale. *Thèse de Paris*, 1896.
- JACCOUD. — Cliniques de la Charité, 1867. 23^e Leçon. Sur une forme de rhumatisme chronique.
- LANCEREAUX. — Leçons cliniques sur le rhumatisme, 1889-1890.
- LEBRETON. — Des manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques. *Thèse de Paris*, 1884.
- LETULLE. — *Gazette médicale de Paris*, 1884, p. 459 (phlébite).
- MARGERV. — Des localisations pulmonaires dans le rhumatisme articulaire aigu. *Thèse de Paris*, 1882.
- MARTIN. — De la pleurésie rhumatismale. *Thèse de Paris*, 1875.
- MONNERET. — Traité de pathologie interne. Tome II, p. 440.
- MOREAU. — De la congestion pulmonaire dans le rhumatisme articulaire subaigu. *Thèse de Nancy*, 1876.
- NORMAND. — Revue générale des complications rénales dans le rhumatisme articulaire aigu. *Thèse de Paris*, 1893.
- POTAIN. — Endocardite rhumatismale aiguë. Clinique de la Charité, page 158.
- PICOT. — Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1872.
- ROGER. — Archives de Médecine et de Chirurgie, 1866 déc., 1867 janv., 1868 premiers mois.

SCHMITT. — De la phlébite rhumatismale. *Thèse de Paris*, 1884.

TROUSSEAU. — Rhumatisme cérébral, clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

VAQUEZ. — Phlébite des membres, clinique de la Charité 1894, page 839.